

O Perfil do Idoso Residente em ERPIs no Concelho do Sabugal: Patologias Agudas, Crónicas e Farmacoterapia

Mariana Vilaverde de Oliveira

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(mestrado integrado)

Orientadora: Prof. Doutora Maria da Assunção Morais e Cunha Vaz Patto
Coorientador: Prof. Doutor Nuno Filipe Cardoso Pinto
Coorientadora: Prof. Doutora Rosa Marina Lopes Brás Martins Afonso

Março de 2024

Declaração de Integridade

Eu, Mariana Vilaverde de Oliveira, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição 41544 de Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referenciação de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã _28_ / _03_ / _2024__

(assinatura conforme Cartão de Cidadão ou preferencialmente
assinatura digital no documento original se naquele mesmo formato)

Agradecimentos

À minha orientadora, professora Maria Assunção Vaz Patto, agradecimento especial por toda a dedicação, ajuda, disponibilidade, motivação e sabedoria que me transmitiu ao longo da realização desta dissertação.

Aos meus coorientadores, professor Nuno e professora Rosa Marina, por toda a colaboração na elaboração do projeto de investigação e pela disponibilidade demonstrada para ajudar a tornar a minha dissertação num trabalho melhor.

A todas as ERPIs e idosos que participaram neste projeto de investigação e ajudaram a torna-lo possível.

Aos meus pais por sempre me apoiarem de forma incondicional, por me encorajarem sempre a superar-me a cada dia que passa, nada do que alcancei até hoje seria possível sem vocês. A vossa orientação e apoio emocional foram fundamentais para a minha realização pessoal e académica.

Aos meus amigos da Covilhã que tornaram esta cidade em casa, por diariamente me apoiarem e me encorajarem a ser melhor. Aos meus amigos de Braga que mesmo à distância sei que estão sempre lá quando preciso.

A ti, Artur, que tornaste este último ano que seria um ano mais cinzento num ano mais colorido e por estares sempre pronto a ouvir-me e ajudar-me e a apoiares-me para ser melhor e dar o meu melhor a cada dia que passa.

Resumo

Introdução: As patologias agudas, crónicas e a farmacoterapia são elementos significativos na vida dos residentes em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI's). Estas condições de saúde são prevalentes nesta população e requerem uma abordagem abrangente de tratamento e cuidados, envolvendo, muitas vezes, o uso de medicamentos. A farmacoterapia desempenha um papel crucial no controlo e gestão destas patologias, visando melhorar a qualidade de vida dos idosos. No entanto, desafios como a polimedicação e as interações medicamentosas precisam de ser considerados. É necessário, por isso, compreender melhor as patologias agudas, crónicas e a farmacoterapia em idosos institucionalizados, visando aprimorar o cuidado e a qualidade de vida desta população. A população do interior do país, por ser uma população muito envelhecida e também acometida pela multimorbilidade e pela polimedicação necessita de uma especial atenção.

Materiais e métodos: Trata-se de um estudo observacional descritivo desenvolvido nas ERPIs do concelho do Sabugal (n=21), no qual participaram 350 idosos, selecionados de forma aleatória. Foi realizada a caracterização sociodemográfica e clínica, a aplicação de escalas de avaliação geriátrica e a realização de exame objetivo sumário. Os resultados obtidos foram analisados quantitativamente com recurso a software estatístico adequado (SPSS).

Resultados: A população deste estudo era composta maioritariamente por mulheres e a média de idades era de 87,08 anos. Os participantes apresentavam em média 4,6 patologias (DP=2,489) e os principais sistemas de órgãos afetados eram o cardiovascular, o endócrino e o nervoso. Em média tomavam 9 fármacos por dia (DP=3,557) e 85,71% apresentavam-se em processo de polimedicação. Dos idosos estudados 57,70% (n=162) apresentavam pontuação compatível com défice cognitivo. O número de fármacos tomados revelou estar relacionado com o MMSE (p=0,030), bem como com o número de idas ao SU no último ano (p=0,003). O resultado do MMSE revelou ser influenciado tanto pela existência de patologia no sistema cardiovascular (p=0,046) como no sistema nervoso (p=0,010). A existência de patologia no sistema endócrino demonstrou influenciar o número de idas ao SU (p=0,049). A existência de patologia no sistema nervoso revelou-se associada à mobilidade (p=0,034).

Conclusão: Os resultados alertam para que seja dada uma maior atenção às condições de saúde dos idosos institucionalizados, bem como ao seu tratamento. Recomenda-se,

assim uma avaliação e gestão interdisciplinar, monitorização regular e ajustes de medicamentos, bem como a formação contínua dos profissionais que trabalham nas ERPIs.

Palavras-chave

Adulto Idoso;ERPI;Institucionalização;Patologias;Farmacoterapia;Polimedicação

Abstract

Introduction: Acute and chronic pathologies, along with pharmacotherapy, are significant elements in the lives of residents in Long-Term Care Facilities (LTCF). These health conditions are prevalent in this population and require a comprehensive approach to treatment and care, often involving medication use. Pharmacotherapy plays a crucial role in controlling and managing these pathologies, aiming to improve the quality of life of the elderly. However, challenges such as polypharmacy and drug interactions need to be considered. Therefore, a better understanding of acute and chronic pathologies and pharmacotherapy in institutionalized elderly individuals is necessary to enhance care and quality of life for this population. The population of the interior of the country, being a very aged population and affected by multimorbidity and polypharmacy, requires special attention.

Methods: This is a descriptive observational study conducted in the LTCF of the Sabugal municipality (n=21), with the participation of 350 elderly individuals randomly selected. Sociodemographic and clinical characterization, application of geriatric assessment scales and summary objective examination were carried out. The obtained results were quantitatively analyzed using appropriate statistical software (SPSS).

Results: The population of this study was predominantly composed of women, with an average age of 87,08 years. Participants presented an average of 4.6 pathologies (SD=2.489), with the cardiovascular, endocrine, and nervous systems being the main affected organ systems. On average, they took 9 medications per day (SD=3.557), with 85.71% being in a state of polypharmacy. Of the elderly studied, 57,70% (n=162) had a cognitive deficit-compatible score. The number of medications taken was found to be related to MMSE (p=0.030) as well as the number of visits to the Emergency Department in the last year (p=0.003). MMSE result was influenced by the presence of pathology in the cardiovascular system (p=0.046) as well as in the nervous system (p=0.010). The presence of pathology in the endocrine system was shown to influence the number of visits to the Emergency Department (p=0.049). The presence of pathology in the nervous system was associated with mobility (p=0.034).

Conclusion: The results highlight the need for greater attention to the health conditions of institutionalized elderly individuals, as well as their treatment. Therefore, interdisciplinary assessment and management, regular monitoring, medication adjustments, and continuous training of professionals working in LTCF are recommended.

Keywords

Elderly;Institucionalized;LTCF;Pathologies;Pharmacotherapy;Polypharmacy

Índice

Agradecimentos	v
Resumo	vii
Abstract	x
Índice	xiii
Lista de Figuras.....	xvi
Lista de Tabelas	xviii
Lista de Acrónimos	xx
1. Introdução	1
2. Materiais e Métodos	4
2.1. Desenho da investigação	4
2.2. População alvo	4
2.3. Amostra	4
2.4. Instrumentos.....	5
2.5. Análise de dados.....	7
3. Resultados.....	9
3.1. Participantes	9
3.2. Caracterização clínica	10
3.3. Análise da relação entre número total de patologias e o estado cognitivo, a depressão, a qualidade do sono, a mobilidade, as quedas e as idas ao SU	15
3.4. Análise da relação entre a farmacoterapia e o estado cognitivo, a depressão, a qualidade do sono, a mobilidade, as quedas e as idas ao SU	15
3.5. Análise da relação entre a existência de patologias dos sistemas cardiovascular, endócrino e nervoso e o estado cognitivo, a existência de quedas, as idas ao SU e a mobilidade.....	16
Discussão de resultados.....	17
Conclusão	25
Bibliografia.....	27

Anexos.....	34
1. Parecer da Comissão de Ética	34
2. Consentimento informado dos participantes.....	35
3. Inquérito dos participantes	36

Lista de Figuras

Figura 1 Número de diagnósticos dos participantes (n=350)	10
Figura 2 Distribuição dos diagnósticos por sistema de órgãos	11
Figura 3 Número de fármacos tomado por cada participante (n=350)	11
Figura 4 Principais classes farmacológicas tomadas pelos participantes	12
Figura 5 Número de vezes que recorreu ao Serviço de Urgência no último ano	12
Figura 6 Resultados MMSE (n=287)	13
Figura 7 Resultados da Escala de Depressão (n=254).....	13
Figura 8 Resultados do Índice de qualidade de sono de Pittsburg (n=251)	14

Lista de Tabelas

Tabela 1 Descrição sociodemográfica dos participantes.....	9
Tabela 2 Relação entre nº de patologias e outras variáveis (Teste Qui-quadrado, valor $p < 0,05$)	15
Tabela 3 Relação entre nº de fármacos realizados e outras variáveis (teste Qui-quadrado, valor $p < 0,05$)	16
Tabela 4 Relação entre patologia do SCV, S. Endócrino e S. Nervoso e outras variáveis (teste Qui-quadrado; valor $p < 0,05$)	16

Lista de Acrónimos

ATC	The anatomical therapeutic chemical
AVC	Acidente Vascular Cerebral
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
eCDSS	Electronic Clinical Decision Support Systems
EMSSP	Escala Multidimensional De Suporte Social Percebido
ERPI	Estrutura Residencial para Pessoas Idosas
GRP	Gabinete de Relações Públicas
LTCF	Long-Term Care Facility
MMSE	Mini Mental State Examination
OMS	Organização Mundial de Saúde
REM	Rapid Eye Movement
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
START	Screening Tool to Alert doctors to the Right Treatment
STOPP	Screening Tool of Older Person's Prescriptions
SU	Serviço de Urgência
UBI	Universidade da Beira Interior
UCLA	Universidade da Califórnia em Los Angeles
ULS	Unidade Local de Saúde
WHOQOL-OLD	World Health Organization Quality of Life OLD

1. Introdução

O envelhecimento da população mundial é uma tendência demográfica de magnitude notável, sustentada pela diminuição das taxas de fertilidade que se têm verificado ao longo dos últimos anos, bem como pelo aumento da esperança média de vida, que se deve, em grande parte, a avanços substanciais na medicina, nomeadamente ao nível da farmacoterapia, melhoria nas condições de vida e a disseminação de melhores práticas de saúde (1). Segundo a Organização Mundial de Saúde, estima-se que até ao ano de 2030, aproximadamente um em cada seis indivíduos terá alcançado a faixa etária dos 60 ou mais anos e que o número de pessoas com 80 ou mais anos triplique entre 2020 e 2050 (2).

Portugal segue também estas tendências de envelhecimento. As projeções sobre a população portuguesa indicam uma significativa redução na proporção de jovens na população total até 2080, acompanhada de um incremento substancial na proporção de indivíduos com 65 anos ou mais, o que implica a quase duplicação do índice de envelhecimento, atingindo os 300 idosos por 100 jovens em 2080 (3). Adicionalmente, nas últimas 2 décadas verificou-se um aumento de 4,5 anos na esperança média de vida à nascença em Portugal, atingindo os 81,1 anos no triénio de 2018-2020. Da mesma forma, a esperança média de vida aos 65 anos também registou um aumento de 2,6 anos, alcançando 19,7 anos no mesmo período (3).

O País não é, porém, uniforme em termos de envelhecimento, sendo a zona interior do país mais envelhecida. No caso mais específico do município do Sabugal, a população residente é de 11.280 pessoas, tendo-se verificado uma redução de 1.264 pessoas em relação aos censos de 2011, que pode ser em parte explicado pelo facto de ter havido mais 277 mortes do que nascimentos e provavelmente também devido a um aumento da emigração nesta zona (4). Dentre essa população, 5.073 são idosos, menos 81 em comparação com os números de 2011. Além disso, a relação entre o número de idosos e de jovens no município do Sabugal é importante, com 626 idosos para cada 100 jovens, um aumento significativo em comparação com os 513 idosos por 100 jovens registados em 2011. Estes dados confirmam que o Sabugal é um dos concelhos mais envelhecidos de Portugal (4).

O envelhecimento está associado a uma maior prevalência de doenças crónicas e a mais anos de dependência e incapacidade (5). No entanto, apesar de a maioria dos idosos portugueses ser portadora de patologias, continua a desempenhar importantes papéis sociais. A capacidade funcional, principalmente a dimensão motora, é um importante indicador de envelhecimento bem-sucedido e de qualidade de vida dos idosos, uma vez que a perda dessa capacidade está associada a fragilidade, dependência, institucionalização, entre outros. A funcionalidade do idoso, que resulta das suas capacidades físicas e

cognitivas, está também relacionada com a sua autonomia e independência para manter as suas atividades quotidianas. Com o progressivo declínio da funcionalidade, a pessoa idosa perde confiança, isola-se, tornando-se cada vez mais dependente do apoio de familiares bem como de cuidadores de saúde, culminando tudo isto na sua institucionalização (5).

Tal como já foi referido, o envelhecimento com patologias é frequentemente acompanhado por um número crescente de diagnósticos relacionados com a saúde. Segundo vários estudos, realizados com diferentes populações idosas institucionalizadas, nomeadamente nos Estados Unidos da América, na China e em Espanha, as patologias mais prevalentes encontradas na população institucionalizada foram hipertensão arterial (HTA), aterosclerose, diabetes *mellitus* (DM), doença arterial coronária, doença cerebrovascular, anemia, demência, doença do refluxo gastroesofágico, obstipação e patologia osteoarticular nomeadamente osteoporose e artrite. Num desses estudos, Moore *et al*, (2005) sugeriu que a HTA e a demência são as 2 patologias comórbidas mais frequentes, seguidas da junção HTA e depressão, numa população de idosos residentes em lares de idosos, nos Estados Unidos da América (6–8).

O estudo das patologias mais prevalentes e da multimorbidade na população idosa é de extrema importância, uma vez que permite a adequação dos sistemas de saúde por um lado, com reforço de medidas preventivas, e a otimização dos regimes terapêuticos dos doentes, evitando alguns dos efeitos adversos indesejados da medicação utilizada para o tratamento das mesmas. Contudo, atualmente, a gestão das condições crónicas muitas vezes negligencia as comorbilidades e as complexidades individuais dos pacientes, utilizando um modelo de tratamento focado em doenças isoladas. É, por isso, crucial adaptar a terapêutica às necessidades individuais, evitando interações e polifarmácia. Tem havido um esforço considerável para melhorar a gestão destes doentes, desenvolvendo novas diretrizes clínicas e ajustando as existentes. Por exemplo, existem já guidelines de tratamento da hipertensão que têm em conta comorbilidades como a doença arterial coronária, insuficiência cardíaca, diabetes mellitus e insuficiência renal. (6,9,10) Têm também sido desenvolvidos estudos no contexto da digitalização para o uso de sistemas eletrónicos de apoio à decisão clínica (eCDSS) baseados nos critérios STOPP/START. Por exemplo, o ensaio “Otimização da Farmacoterapia em Idosos Multimórbidos em Cuidados Primários (OPTICA)” testou a hipótese de que, em adultos mais velhos com multimorbidade e polifarmácia, o uso de um eCDSS para otimizar a terapia medicamentosa pelos médicos de família melhora a adequação da medicação e reduz omissões na prescrição em comparação com o cuidado padrão, porém os resultados sobre a adequação da medicação e a redução de eventos secundários à mesma foram inconclusivos o que implica que estudos devem continuar a ser realizados. (11)

O aumento do número de patologias observadas nos idosos conduz inevitavelmente ao aumento do número de fármacos tomados nessa população (12,13). A polifarmácia é um processo cada vez mais prevalente entre os idosos no geral e na população idosa institucionalizada em particular e, apesar da falta de consenso na sua definição, é habitualmente definida pela administração de 5 ou mais medicamentos simultaneamente. O processo de envelhecimento provoca alterações fisiológicas que afetam a capacidade de absorção, distribuição, metabolização e eliminação dos fármacos, contribuindo para o aumento do risco de efeitos adversos, como toxicidade hepática, quedas, reações adversas medicamentosas, aumento do tempo de internamento e readmissão hospitalar após alta, e eventualmente morte. (14) O risco de efeitos adversos aumenta com o aumento do número de medicamentos, devido ao aumento do risco de interações entre fármacos e entre fármacos e doença. (13,14)

Atualmente, há uma significativa falta de conhecimento sobre as características dos idosos em todo o país, especialmente daqueles que residem em áreas rurais. Esta lacuna é ainda mais acentuada quando se trata dos idosos institucionalizados.

Esta dissertação, desenvolvida no âmbito de um estudo com uma amostra representativa das pessoas idosas institucionalizadas do concelho do Sabugal, apresenta os seguintes objetivos:

1. Descrever as patologias e o uso de medicamentos no idoso institucionalizado;
2. Explorar a relação entre patologias, polifarmácia e condições de saúde física e mental;
3. Associar as patologias do idoso institucionalizado com o estado cognitivo, a mobilidade, o quadro depressivo, e eventos como idas ao SU e quedas;
4. Analisar a relação entre o sono do idoso institucionalizado com as patologias agudas e crónicas e com a medicação;
5. Analisar a relação entre as capacidades motoras e as quedas do idoso institucionalizado com a medicação e a presença de sintomatologia depressiva.

2. Materiais e Métodos

2.1. Desenho da investigação

Trata-se de um estudo transversal e descritivo, integrado no Projeto “O perfil do idoso residente em ERPIs no concelho do Sabugal”, que tem como objetivo caracterizar a realidade dos idosos institucionalizados no concelho do Sabugal, atendendo às características destes e das ERPIs onde residem, bem como, ao impacto que estas têm na sua qualidade de vida. Além disso, pretende-se contribuir para a identificação dos fatores que mais promovem a institucionalização dos idosos, bem como ajudar na mudança do paradigma da prestação de cuidados a idosos.

O protocolo para a realização do presente projeto e as metodologias para a sua aplicação foram aprovados pela Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior. (Processo n.º CE-UBI-Pj-2023--048-ID1851- “O Perfil do Utente Residente em ERPIs no Concelho do Sabugal”- ver anexo)

2.2. População alvo

A população alvo deste estudo são os idosos (indivíduos com 65 ou mais anos de idade) inscritos em ERPI, no conselho do Sabugal.

2.3. Amostra

Esta investigação foi conduzida em diversas datas entre 1 de julho e 1 de setembro de 2023 nas 21 ERPIs do concelho do Sabugal.

A apresentação do projeto e o convite formal para a participação no mesmo, foi realizada pelos membros da equipa através de uma apresentação no Conselho Local de Ação Social (CLAS) do Município do Sabugal, no qual estavam presentes os representantes das ERPIs do concelho. Todas as instituições receberam, também, informação escrita, clara e específica, sobre o propósito do projeto e de que forma o mesmo se iria desenrolar.

O número de participantes foi calculado de modo a obter uma amostra representativa da população institucionalizada do concelho: para uma margem de erro de 3% e uma confiança a 95% a amostra teria de incluir no mínimo 217 pessoas e no máximo 479 pessoas. Foram assim incluídos no estudo 350 utentes residentes em ERPI no concelho do Sabugal, desde que estivessem de acordo com os critérios de inclusão, ou seja, tivessem mais de 65 anos e fossem residentes na ERPI há mais de 3 meses.

Os idosos que viriam a integrar a amostra foram selecionados de forma aleatória com base nas listas de utentes de cada uma das ERPIs. O número de participantes em cada ERPI foi proporcional ao número total de utentes com que a respetiva ERPI contribui para o número total de idosos institucionalizados do concelho.

A ausência de assinatura do consentimento informado, que consta em anexo, pelo idoso ou por algum representante legal constituía o único critério de exclusão do estudo.

2.4. Instrumentos

Os dados necessários para o estudo foram recolhidos através de um questionário elaborado pela equipa de investigação que foi posteriormente aplicado por cada investigador de forma individual aos participantes.

O inquérito estava dividido em oito secções. A primeira secção, designada “Inquérito Sociodemográfico” incluía um inquérito sociodemográfico, a segunda secção “Institucionalização” continha questões relacionadas com o processo de institucionalização (por exemplo: há quanto tempo o idoso estava institucionalizado, a razão para tal e de quem partiu a ideia). A terceira secção “Estado de saúde física” questionava sobre patologias, idas à urgência, medicação habitual, mobilidade e autoperceção do estado de saúde. Na quarta secção “Estado funcional e social” questionava-se sobre o número de filhos, saídas da ERPI, número de visitas e de contactos telefónicos e atividades realizadas. Na quinta secção “Escala de avaliação geriátrica” encontravam-se as escalas de avaliação geriátrica entre as quais: Mini-Mental State Examination de Folstein (MMSE) (15,16), para avaliação do estado cognitivo; Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (17); Escala Multidimensional De Suporte Social Percebido (EMSSP) (18); Escala Doloplus, para avaliação da dor crónica (19); Escala numérica da dor; Escala de Lawton & Brody (20), para avaliação do grau de dependência nas atividades instrumentais da vida diária; Escala adaptada de Barthel (21), para avaliação do grau de dependência nas atividades básicas da vida diária; Mini-Nutritional Assessment (16,22), para avaliação do estado nutricional; Classificação Funcional da Marcha de Holden (16), teste Timed Up and Go (23), para avaliação do equilíbrio; WHOQOL-OLD (24), instrumento da OMS para avaliação da qualidade de vida; Escala de solidão da UCLA (25); Escala FRAIL utilizada no rastreio da síndrome de fragilidade (26,27); Questionário SARC-F utilizada no rastreio da sarcopenia (26); Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (28). A sexta secção “Exame neurológico sumário” incluía a medição da força dos 4 membros, prova de Barré, teste de sensibilidade para avaliar a presença de neuropatias, teste de Romberg, autoperceção da deglutição e do paladar, avaliação da visão com prova de contagem dos dedos e avaliação da audição com palavra ciciada. Na sétima secção “Exame clínico sumário” era realizado um exame clínico

que incluía antropometria, com peso, altura, IMC e perímetros corporais, medição de sinais vitais como tensão arterial, saturação de oxigénio e grau de dor sentida no momento na escala numérica da dor de 0 a 10. Era também realizada a auscultação cardíaca e pulmonar, palpação de pulsos centrais e periféricos, verificação da integridade da pele, avaliação da existência e grau de insuficiência venosa com recurso à classificação CEAP e observação da cavidade oral com verificação da presença ou ausência de peças dentárias e/ou de próteses, observação das mucosas e avaliação do grau de desidratação. Por fim, na última secção “Inquérito de satisfação do utente” era realizado um inquérito de satisfação relativamente à sua residência na ERPI.

Os dados relevantes para a presente dissertação foram os obtidos na primeira, terceira e quinta secções. Na primeira secção foram utilizados os dados relativos ao sexo, idade, anos de escolaridade. Relativamente à terceira secção foi utilizada informação sobre patologias crónicas, número de idas ao SU e de quedas no último ano, medicação habitual e mobilidade. Da quinta secção as escalas utilizadas foram o MMSE, a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage e o Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh.

Tendo por objetivo uma análise posterior, foram categorizadas as seguintes variáveis: idade, número de quedas no último ano, mobilidade, patologias crónicas e medicação habitual. Para a idade os idosos foram incluídos numa de três categorias: 65 a 80 anos, 81 a 90 anos e 91 ou mais anos de idade.

O número de quedas no último ano foi categorizado como nenhuma queda e uma ou mais quedas. A mobilidade foi caracterizada em independente ou dependente, onde se incluíram os utentes acamados e os de mobilidade reduzida.

As patologias crónicas foram divididas por sistema de órgãos. No sistema cardiovascular, incluía-se hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, alterações do ritmo e valvulopatias. No sistema respiratório incluíam-se doenças do interstício pulmonar, asma, DPOC, síndrome da apneia obstrutiva dos sono e hipertensão pulmonar. As patologias incluídas no sistema nervoso eram a demência, a doença de Alzheimer, a doença de Parkinson, as doenças cerebrovasculares e a história de AVC, a neuropatia diabética e a epilepsia. No sistema digestivo incluía-se litíase vesicular, esteatose e cirrose hepática, hepatite, patologia herniária, dispepsia, gastrite, doença ulcerosa péptica e diverticulose. No sistema nefrogeniturinário estava incluída a hiperplasia benigna da próstata, a doença renal crónica, pielonefrite, a nefropatia diabética e a litíase renal. No sistema endócrino e/ou metabólico incluía-se a diabetes *mellitus*, o hipotireoidismo e o bócio multinodular, a dislipidemia, a hiperuricemia e a obesidade. Nas patologias dos órgãos dos sentidos, estava incluída a retinopatia, o glaucoma, as cataratas, síndrome vertiginoso, hipoacusia, surdez e mudez. No

sistema musculoesquelético estavam incluídas as fraturas, a artrite reumatóide, a osteoporose, a osteoartrose e a espondilose. No sistema hematopoiético apenas se incluía a anemia. As patologias do foro mental e comportamento incluídas eram transtorno de personalidade, esquizofrenia, síndrome depressiva, perturbação de ansiedade, etilismo, transtorno obsessivo compulsivo, perturbação afetiva bipolar. As patologias tegumentares apresentadas eram queratoses actínicas, melanoma, carcinoma basocelular, granuloma anular e psoríase. Foi também criada uma categoria para neoplasias dos vários sistemas de órgãos. Relativamente à medicação habitual, cada fármaco foi classificado de acordo com o sistema de classificação ATC (The Anatomical Therapeutic Chemical).(29)

O MMSE foi desenvolvido por Folstein *et al* e validado para a população portuguesa por Guerreiro *et al*, com o propósito de identificar indivíduos com indícios de défice cognitivo (30,31). Atualmente é o teste cognitivo breve mais utilizado no âmbito de avaliações do estado mental. Assim, mediante a pontuação neste exame e o seu grau académico, os participantes foram classificados como “Sem défice cognitivo” ou “Com défice cognitivo”, este último grupo era integrado por participantes analfabetos que pontuassem 15 ou menos pontos, participantes com 1 a 11 anos de escolaridade que pontuassem 22 ou menos e participantes com escolaridade superior a 11 anos que pontuassem 27 ou menos pontos.

A Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage, elaborada por Yesavage e adaptada à população portuguesa por Pocinho *et al*, é utilizada para o rastreio da depressão, tendo em conta parâmetros cognitivos e comportamentais usualmente afetados na depressão na pessoa idosa (32,33). A informação é obtida através de um questionário, na sua versão curta, a utilizada neste estudo, por 15 questões de resposta dicotómica. A pontuação obtida corresponde a uma de três classificações, entre elas, “Sem depressão”, caso obtivessem 0 a 5 pontos, “com depressão ligeira” se pontuação fosse entre 6 e 10 pontos e “com depressão grave”, caso obtivessem uma pontuação entre 11 e 15.

O Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh, desenvolvido por Buysse *et al* e adaptado à população portuguesa por Del Rio João *et al*, é calculado com base num questionário com várias perguntas sobre os hábitos e rotina de sono do idoso (28,34). A pontuação final varia entre 0 e 21, caso a pontuação final seja inferior a 5 a qualidade do sono é considerada boa, se a pontuação for superior a 5 a qualidade do sono é considerada pobre.

2.5. Análise de dados

A análise estatística dos dados foi realizada com recurso ao programa IBM SPSS Statistics versão 29.0. Para a caracterização da amostra foram utilizadas técnicas de estatística

descritiva (frequência absoluta e percentagem para as variáveis qualitativas, nominais ou ordinais, e média \pm desvio padrão (DP), mínimo e máximo para as variáveis quantitativas).

Para verificar se existe uma associação estatisticamente significativa entre duas variáveis categóricas foi utilizado o teste de qui-quadrado, o valor de $p < 0,05$ foi utilizado como critério para determinar a significância estatística. Foi calculado o coeficiente Eta para medir a força dessa associação. O coeficiente Eta varia de 0 a 1, onde 0 indica nenhuma associação e 1 indica associação perfeita. Uma associação é considerada fraca quando $Eta < 0,25$ e forte se $Eta \geq 0,5$.

Dada a grande dispersão no número total de patologias e no número total de fármacos, os dados foram agrupados de forma a garantir a validade estatística dos testes usados.

3. Resultados

3.1. Participantes

Participaram neste estudo um total de 350 participantes, sendo 257 do sexo feminino (73,43%) e 93 do sexo masculino (26,57%). No que diz respeito à idade, esta encontrava-se compreendida entre os 65 e os 102 anos, sendo a média de idades 87,08 anos com desvio-padrão de 6,62. Dos participantes 115 eram analfabetos (33,53%) e 119 tinham apenas concluído o ensino básico (34,69%).

Tabela 1 Descrição sociodemográfica dos participantes

		Frequência	Percentagem (%)
Género	Feminino	257	73.43
	Masculino	93	26.57
Idade	[65-80[42	12.10
	[80-90[176	50.72
	[90-102]	129	37.18
Estado civil	Solteiro	32	9.30
	Casado/União de facto	73	21.22
	Divorciado	12	3.49
	Viúvo	227	65.99
Escolaridade	Analfabeto	115	33.53
	Sabe ler e escrever	91	26.53
	1º ciclo	119	34.69
	2º ciclo	6	1.75
	3º ciclo	2	0.58
	Secundário	5	1.46
	Ensino superior	5	1.46

3.2. Caracterização clínica

Quanto ao número de diagnósticos, tal como é possível observar na Figura 1, a maioria dos participantes (n=324; 92,6%) apresentava dois ou mais diagnósticos clínicos, segundo os dados constantes nos processos clínicos das ERPI. O número médio de diagnósticos que cada idoso tinha era de 4,6, e a pessoa idosa participante com mais diagnósticos apresentava 16.

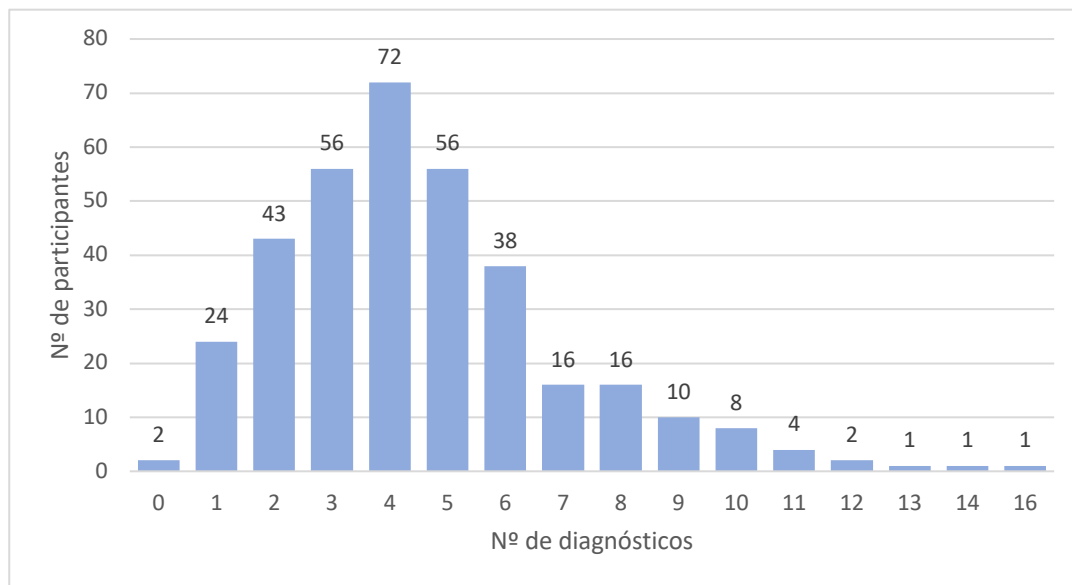


Figura 1 Número de diagnósticos dos participantes (n=350)

Em termos gerais, comparando os dois sexos em relação ao número total de diagnósticos, os participantes do sexo masculino apresentavam em média 4,89 diagnósticos, enquanto no sexo feminino a média de diagnósticos era de 4,44.

A análise da Figura 2 permite perceber que as principais patologias dos idosos estudados eram no sistema cardiovascular (n=287; 82%), no sistema endócrino e metabólico (n=210; 60%) e no sistema nervoso (n=192; 54,86%). Comparando as patologias entre sexos, as mulheres apresentavam mais patologias que os homens no sistema cardiovascular, no nervoso, no músculo esquelético e do foro mental e do comportamento. Por seu turno, o sexo masculino desta amostra apresentava mais patologia nos restantes sistemas com uma diferença muito significativa no sistema geniturinário (49,46% dos participantes homens para 14,79% das mulheres).

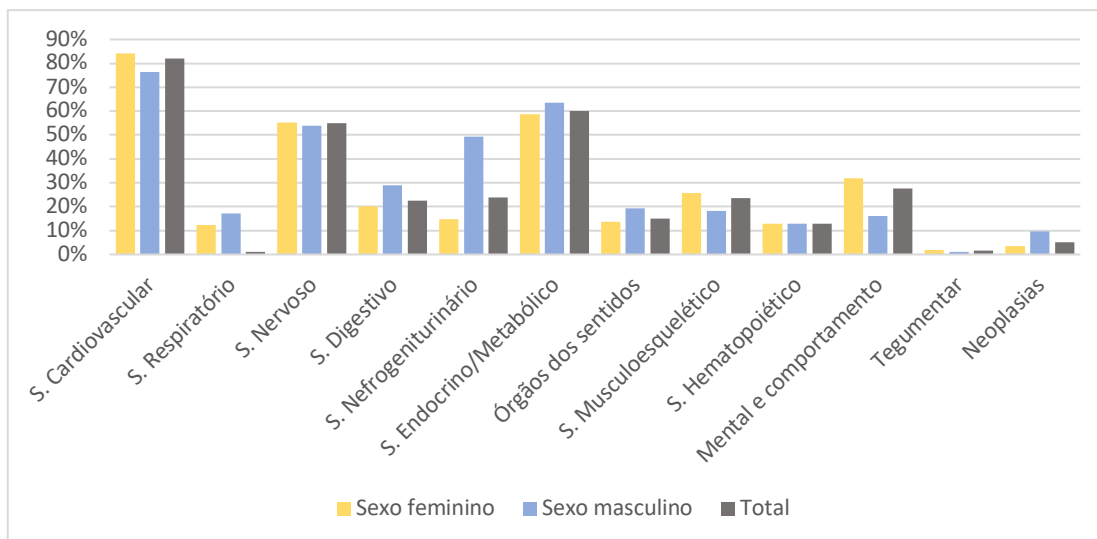


Figura 2 Distribuição dos diagnósticos por sistema de órgãos

Relativamente ao número de classes farmacológicas cada participante tomava em média aproximadamente 9 classes de fármacos (8,62). O número máximo de fármacos tomado por dia por um dos residentes em ERPI participante era de 20. A grande maioria dos participantes (85,71%) encontrava-se em processo de polifarmácia. Os fármacos mais frequentemente utilizados eram os protetores gástricos para doença do refluxo gastroesofágico, os antitrombóticos, os antidepressivos e os utilizados para o tratamento da dislipidemia.

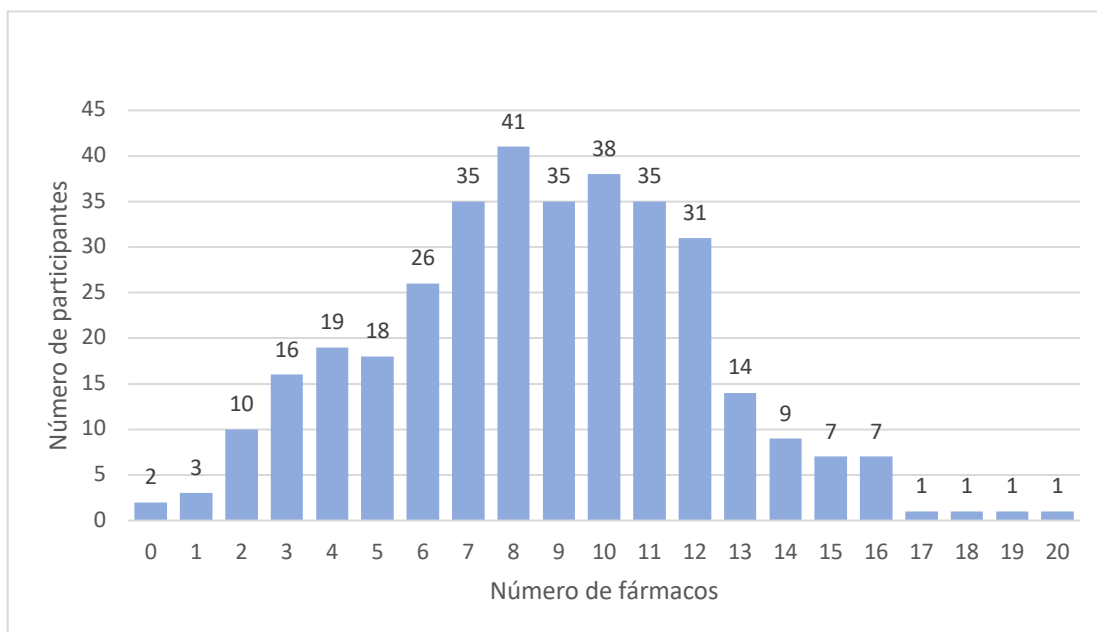


Figura 3 Número de fármacos tomado por cada participante (n=350)

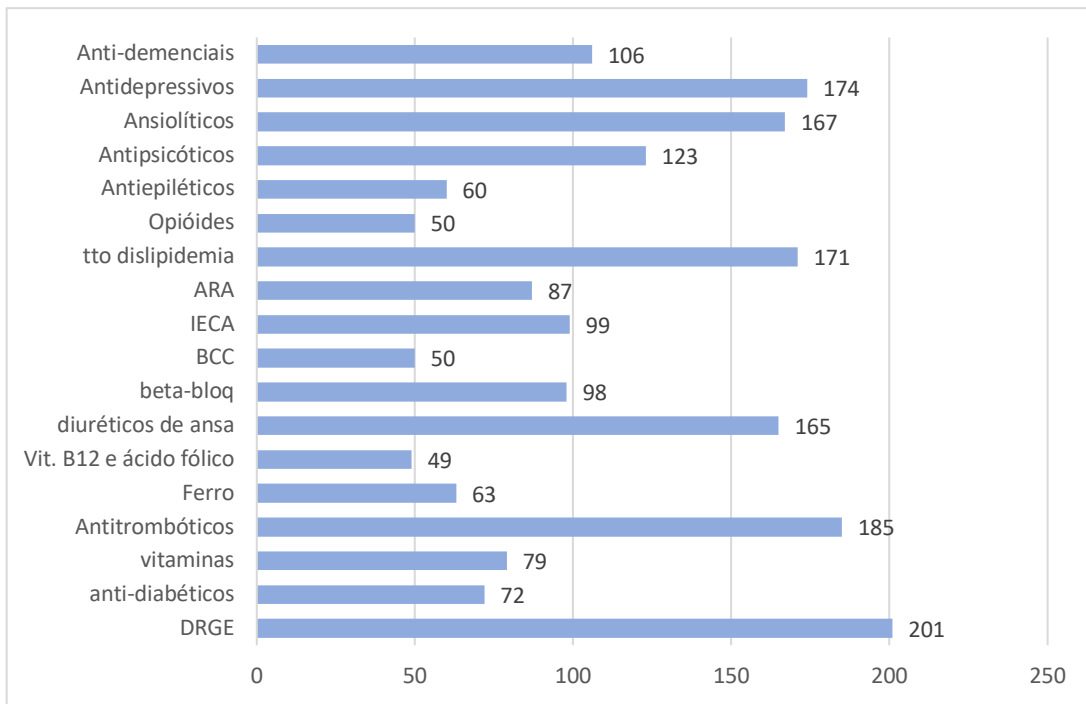


Figura 4 Principais classes farmacológicas tomadas pelos participantes

Quanto aos recursos ao Serviço de Urgência no último ano, a média de vezes que os inquiridos foram às urgências foi de aproximadamente $1 \pm 1,247$, sendo que cerca de 50% dos participantes não foi nenhuma vez ao SU no último ano e um dos inquiridos recorreu 7 vezes.

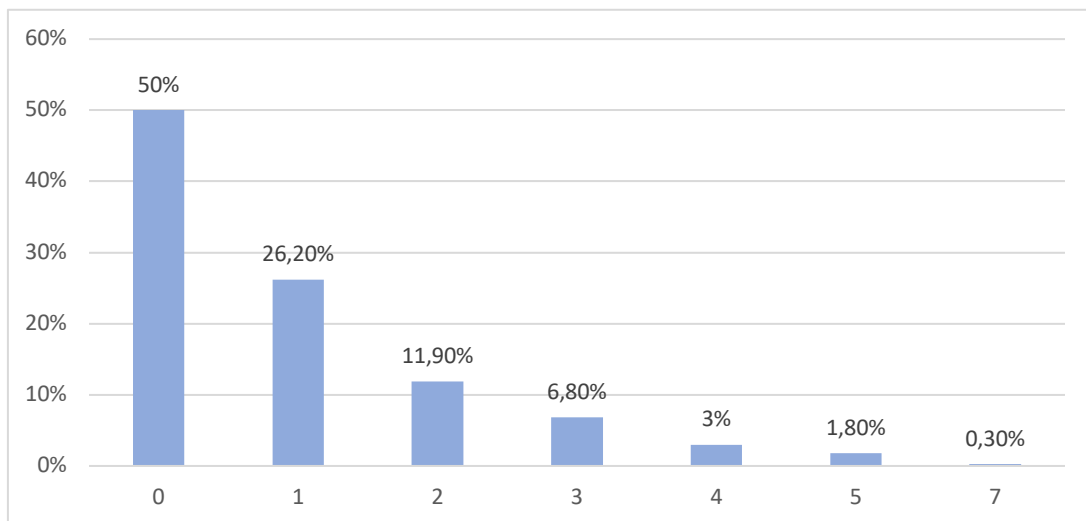


Figura 5 Número de vezes que recorreu ao Serviço de Urgência no último ano

No MMSE, apenas 287 dos 350 idosos conseguiram responder ao questionário, uma vez que os restantes não conseguiam colaborar por apresentarem um défice cognitivo que os impossibilitava de responder. Destes 287, 162 (57,70%) apresentava pontuação compatível com défice cognitivo. A média da pontuação obtida foi 16,95 pontos e os valores máximos e mínimos foram 30 e 1, respetivamente. No total, os doentes com défice cognitivo neste grupo de idosos institucionalizados eram $(350-287) + 162 = 225$.

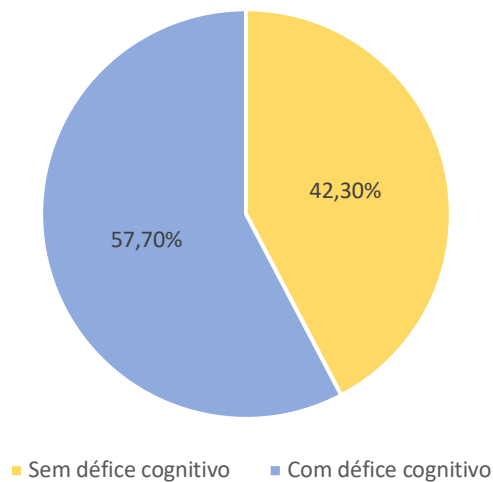


Figura 6 Resultados MMSE (n=287)

No que concerne à Escala de Depressão Geriátrica, apenas 254 participantes conseguiram colaborar na resposta a esta escala, uma vez que os participantes com demência não o conseguiram fazer. Os resultados desta escala indicam que 122 (48%) dos que colaboraram não apresentavam depressão, 101 (39,8%) apresentavam depressão ligeira e os restantes 31 (12,2%) apresentavam depressão grave.

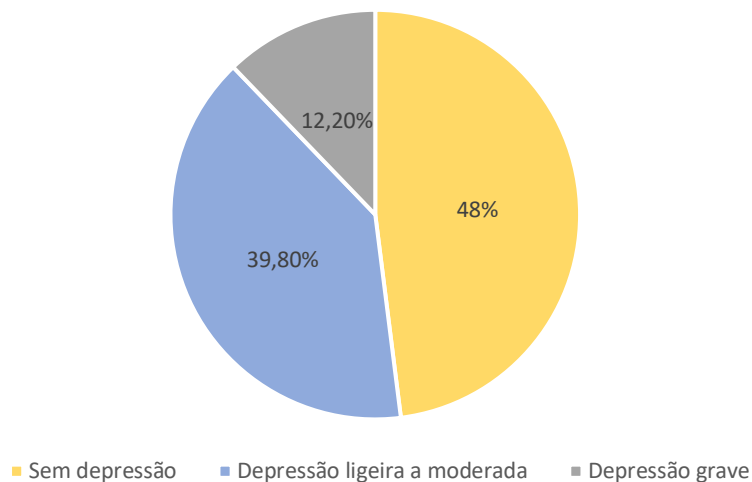


Figura 7 Resultados da Escala de Depressão (n=254)

Tal como é possível observar na figura 8, relativamente aos resultados obtidos no índice de qualidade de sono de Pittsburg, a média de pontos obtidos foi 7,31 e a pontuação mínima e máxima obtidas foram, respetivamente, 1 e 17, numa escala de 0 a 21. Foi possível perceber que 72,10% dos idosos que responderam a esta escala tinham uma má qualidade do sono. É relevante referir que apenas responderam a esta parte do questionário 251 participantes, uma vez que os participantes com demência e que já não haviam respondido a outras escalas não colaboraram também neste questionário. É importante acrescentar que alguns dos participantes não conseguiam responder claramente a algumas questões, por dificuldade de entender as perguntas e em responder às perguntas relativas à higiene do sono por falta de noção de horários, o que em certos casos impediu a realização deste índice.

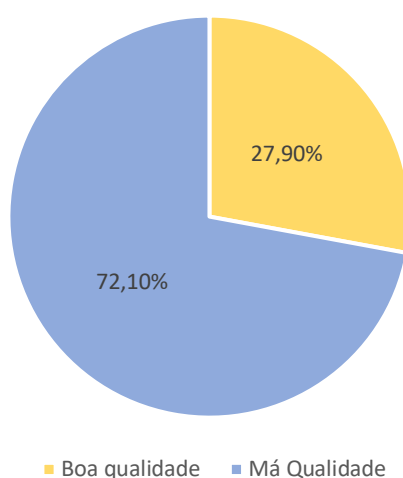


Figura 8 Resultados do Índice de qualidade de sono de Pittsburg (n=251)

Em relação à mobilidade e ao número de quedas no último ano, 201 idosos (57,76%) apresentavam mobilidade independente e 147 dos inquiridos apresentavam mobilidade dependente, estando neste grupo incluídos os 29 utentes acamados. Do total de participantes 131 (37,54%) apresentaram pelo menos uma queda no último ano.

3.3. Análise da relação entre número total de patologias e o estado cognitivo, a depressão, a qualidade do sono, a mobilidade, as quedas e as idas ao SU

Tal como é possível observar na tabela 2, as únicas associações de dados que apresentaram significância estatística foram o número de patologias e as quedas ($p=0,027$; $Eta=0,144$) e o número de patologias e o número de idas ao SU ($p=0,012$; $Eta=0,162$), no entanto, apesar destas associações existirem, são associações fracas uma vez que o $Eta < 0,25$, ou seja, apesar de os pares de variáveis estarem correlacionados, isto é, uma variável influenciar a outra, a relação entre elas não é muito forte.

Tabela 2 Relação entre nº de patologias e outras variáveis (Teste Qui-quadrado, valor $p < 0,05$)

	Nº total Patologias
Estado cognitivo	0,133
Depressão	0,161
Qualidade do sono	0,255
Mobilidade	0,471
Quedas	0,027
Idas ao SU	0,012

As restantes variáveis, nesta população, não apresentaram associação de dependência com o número total de patologias.

3.4. Análise da relação entre a farmacoterapia e o estado cognitivo, a depressão, a qualidade do sono, a mobilidade, as quedas e as idas ao SU

Na tabela 3 é possível observar que as únicas associações que apresentaram significância estatística foram o número de fármacos tomados e o estado cognitivo ($p=0,03$; $Eta=0,178$) e o número de fármacos tomados e o número de idas ao SU ($p=0,003$; $Eta=0,206$). No entanto, apesar de estas associações existirem, são associações fracas, uma vez que o Eta é inferior a $0,25$ em ambos os casos, ou seja, apesar de os pares de variáveis estarem correlacionados, isto é, uma variável influenciar a outra, a relação entre elas não é muito forte.

Tabela 3 Relação entre nº de fármacos realizados e outras variáveis (teste Qui-quadrado, valor $p < 0,05$)

	Farmacoterapia
Estado cognitivo	0,030
Depressão	0,089
Qualidade do sono	0,563
Mobilidade	0,796
Quedas	0,109
Idas ao SU	0,003

As restantes variáveis, nesta população, não apresentaram associação de dependência com o número total de fármacos realizados.

3.5. Análise da relação entre a existência de patologias dos sistemas cardiovascular, endócrino e nervoso e o estado cognitivo, a existência de quedas, as idas ao SU e a mobilidade

Na tabela 4 é possível observar a presença de associações com significância estatística, nomeadamente entre a existência de patologia no sistema cardiovascular e o estado cognitivo ($p=0,046$; $Eta=0,119$), a existência de patologia no sistema endócrino e o número de idas ao SU ($p=0,049$; $Eta=0,108$) e a existência de patologia no sistema nervoso e o estado cognitivo ($p=0,010$; $Eta=0,153$), e a mobilidade ($p=0,034$; $Eta=0,114$). Uma vez que o Eta em qualquer uma destas associações é inferior a $0,25$, podemos concluir que nenhuma destas associações é muito forte.

Tabela 4 Relação entre patologia do SCV, S. Endócrino e S. Nervoso e outras variáveis (teste Qui-quadrado; valor $p < 0,05$)

	Sistema Cardiovascular	Sistema Endócrino	Sistema Nervoso
Estado cognitivo	0,046	0,497	0,010
Quedas	0,217	0,581	0,707
Idas ao SU	0,181	0,049	0,961
Mobilidade	0,366	0,296	0,034

Discussão de resultados

Este estudo tem como objetivo analisar o perfil do idoso residente em ERPI no concelho do Sabugal, com foco na caracterização dessa população em relação às patologias agudas, crónicas e à farmacoterapia utilizada. Trata-se de um grupo constituído por 350 idosos, a maioria mulheres, e que apresentavam uma média de idades de 87 anos, que é superior à esperança média de vida em Portugal de 80,96 anos prevista para o triénio 2020-2022. (35) Em relação à escolaridade, verificou-se existência de uma elevada prevalência de analfabetismo entre os idosos do grupo de estudo (33,53%), valor superior à taxa de analfabetismo de 14,5% registada nos censos de 2011 no concelho do Sabugal. (36) Relativamente ao número de diagnósticos, a média por idoso era de aproximadamente 5. Os sistemas de órgãos mais afetados por patologias eram o sistema cardiovascular, o sistema endócrino e o sistema nervoso. No que à farmacoterapia diz respeito, a média de medicamentos tomados por idoso era de aproximadamente 9 e 85,71% da população em estudo encontrava-se em processo de polifarmácia, sendo os medicamentos mais utilizados os protetores gástricos, os antitrombóticos, os antidepressivos e os fármacos utilizados para o tratamento da dislipidemia. Dos 350 idosos da amostra, 225 apresentavam défice cognitivo. Relativamente às associações de dados destaca-se a correlação encontrada entre o número total de patologias e a existência de quedas e de idas ao SU no último ano, bem como a relação entre o número de fármacos utilizados e o estado cognitivo.

A média do número de diagnósticos da população em estudo é de 4,6 patologias, sendo o máximo 16 diagnósticos num utente. Neste estudo, os homens apresentaram, em média, mais patologias do que as mulheres. Esses resultados parecem contradizer dados da literatura, nos quais as mulheres tipicamente apresentam mais patologias que os homens. (7,8) No entanto, na nossa amostra, essa disparidade pode ser atribuída ao número significativamente menor de homens em comparação com o de mulheres. Os principais sistemas de órgãos afetados pelas patologias dos idosos em ERPI no Sabugal são, por ordem decrescente de prevalência o sistema cardiovascular, o sistema endócrino e o sistema nervoso. Este facto encontra-se em certa parte em concordância com o que se verifica na ULS da Guarda, à qual pertence o município do Sabugal, uma vez que nesta região as três patologias mais prevalentes são as alterações do metabolismo dos lípidos (sistema endócrino/metabólico), a hipertensão arterial (sistema cardiovascular) e por fim, diferentemente do que se verifica na população em estudo, as perturbações depressivas (mental e comportamento) (36). Em estudos realizados noutros países, como China, Estados Unidos da América e Espanha, os resultados foram semelhantes: os sistemas de órgãos mais frequentemente afetados pelas patologias mais prevalentes foram o cardiovascular e o endócrino. Outras condições muito prevalentes nesses estudos estavam

também relacionadas com o sistema gastrointestinal e musculoesquelético (6–8). A alta prevalência de doenças no sistema cardiovascular e endócrino, como hipertensão, dislipidemia e diabetes, pode estar relacionada com o estilo de vida das sociedades desenvolvidas, nas quais é comum observar hábitos sedentários. Além disso, as dietas frequentemente incluem alimentos processados e ricos em gorduras, açúcares adicionados e sal, fatores associados ao desenvolvimento de doenças crônicas. Estas condições, por sua vez, contribuem significativamente para o aumento da prevalência de doenças cardiovasculares e endócrinas nessas populações.

Quanto à farmacoterapia, a média do número de fármacos tomados pelos idosos do estudo é de 9 fármacos, até um máximo de 20 fármacos num idoso, e 85,71% dos idosos em estudo encontrava-se em processo de polifarmácia. De acordo com um estudo de revisão, é desafiante estabelecer uma comparação da prevalência da polimedicação em vários países devido à variedade de definições utilizadas. No entanto, foi possível concluir que a polifarmácia é um fenómeno global, com diferentes níveis de prevalência em diferentes regiões. Por exemplo, Portugal, juntamente com Israel e a República Checa, foi classificado como um dos países europeus com maior prevalência de polifarmácia, enquanto a Suíça, a Croácia e a Eslovénia apresentavam uma menor prevalência. Além disso, fora da Europa, países como a Coreia do Sul e Taiwan também enfrentam esse fenómeno, com mais da metade da população idosa sob polimedicação. Nos Estados Unidos da América, embora seja prevalente, a polifarmácia não afeta mais da metade da população idosa. (37) No nosso estudo os três grupos de fármacos mais usados eram, por ordem decrescente de prevalência, os inibidores da bomba de prótons, seguidos pelos antitrombóticos e por fim pelos antidepressivos. Estes dados vão de encontro ao estudo de Ana Advinha *et al* (2014) realizado em 5 lares de idosos em Lisboa e no Alentejo, no qual, a média de fármacos tomados por idoso foi de 8,2, o máximo de fármacos de um só indivíduo foi também 20 e 85,5% dos idosos dessa população em estudo encontravam-se também em processo de polifarmácia. Nesse mesmo estudo os fármacos mais utilizados pertenciam também ao sistema cardiovascular, sistema nervoso e metabolismo e trato alimentar. (38) Em geral, os idosos residentes em lares recebem mais medicamentos que os idosos não institucionalizados em média, 7 a 8 medicamentos. (39) Estes resultados são preocupantes pois a polimedicação pode acarretar diversos problemas, incluindo o aumento do risco de utilização de medicamentos inadequados, associados a efeitos potenciais negativos a longo prazo, interações medicamentosas e reações adversas a medicamentos. Além disso, há um risco elevado de cascata terapêutica, onde medicamentos são prescritos para tratar efeitos secundários de outros medicamentos. (39) Todos esses fatores contribuem para as relações já estabelecidas em estudos entre polifarmácia e fragilidade, capacidade física, quedas, défice cognitivo, hospitalização e até mesmo mortalidade. (37)

Relativamente aos transtornos neurocognitivos, estes podem-se dividir na sua forma mais grave e avançada, a demência, e na forma mais leve, o défice cognitivo ligeiro. De acordo com os resultados obtidos no MMSE 162 idosos apresentavam pontuação compatível com défice cognitivo. No entanto, a este exame apenas responderam 287 idosos, uma vez que os restantes 63 já se apresentavam com demência, o que impossibilitou a sua colaboração na resposta ao referido exame. Assim, obtivemos um total de 225 idosos com défice cognitivo, ainda que, alguns destes idosos se incluíssem no grupo do défice cognitivo ligeiro, que não apresenta repercussões no dia a dia e na colaboração ao longo do restante inquérito. O envelhecimento é por si uma causa primária de défice cognitivo e concomitantemente um fator de risco para institucionalização, uma vez que a cada década que passa, o risco de incapacidade funcional duplica e deste modo, muito dos idosos que ingressam nos lares já apresentam défices cognitivos. A própria institucionalização contribui também para a deterioração cognitiva devido ao isolamento social e inatividade física e mental frequentemente presente nos lares de idosos.(40,41) De acordo com um estudo realizado na China, o défice cognitivo é também mais prevalente em zonas rurais comparativamente com zonas urbanas, o que pode ser também justificado pelo isolamento social.(42) O estudo de Daniel *et al* (2019), reforça a ideia de que a existência de défice cognitivo está associada à institucionalização. Este autor defende que muitas das ERPI's não se encontram estruturadas com medidas para prevenir a deterioração cognitiva nos idosos, uma vez que apresentam um modelo organizativo que favorece a sobreproteção e a falta de controlo, não estimulando o seu desempenho físico e cognitivo. Assim, seria importante implementar nas instituições programas de estimulação cognitiva que visassem a otimização do desempenho dos seus residentes. (43) Estes programas deveriam incluir exercício físico, dinamização de atividades em grupo e utilização de tecnologias como aplicações com atividades que estimulem a memória e cognição dos idosos. Apesar de muitos dos lares terem animador, devido à falta de trabalhadores, estes não podem exercer a sua função como deveriam, uma vez que muitas vezes têm de exercer funções de enfermeiro ou de auxiliar. Assim, é de extrema importância os lares terem um animador que tenha a possibilidade e disponibilidade de dinamizar as atividades anteriormente referidas.

No que diz respeito ao estado depressivo da população em estudo, os idosos com demência que não conseguiam colaborar não responderam a esta escala, o que acaba por enviesar os resultados, uma vez que apesar da demência ou do défice cognitivo os idosos podem ter depressão. Tal facto é corroborado por estudos como o de Vaz (2009) que indica que a depressão coexiste muitas vezes com uma baixa função cognitiva e que muitas vezes estes idosos não são tratados pelo facto de os sintomas depressivos serem confundidos com os sintomas de demência. (44) De modo a alterar esta tendência seria necessário existirem instrumentos validados ou estratégias de avaliação alternativas aplicáveis a idosos com

défice cognitivo. Seria igualmente fundamental explorar os fatores de risco conhecidos associados à depressão em idosos, os quais podem estar presentes e potencialmente aumentar a vulnerabilidade desses indivíduos ao desenvolvimento da condição. Dessa forma, os idosos em maior risco poderiam ser avaliados com mais frequência, tornando possível identificar os primeiros sinais de depressão que possam surgir. Ainda assim, os resultados, que foram obtidos apenas com base em respostas de 254 idosos, indicam que desses, 122 não apresentavam depressão, 31 apresentavam depressão grave e os restantes 101 apresentavam depressão ligeira a grave. Segundo a OMS, cerca de 14% dos idosos com idade igual ou superior a 60 anos vivem com ansiedade ou depressão. (45) A prevalência da depressão na população idosa, segundo estudos citados por Vaz (2009), varia entre 2.5% e 49% e entre os fatores de risco para a depressão está a institucionalização, o que pode ser explicado pelo facto de a admissão numa instituição estar associada a várias perdas, nomeadamente da autonomia e funcionalidade, mas também de bens como o ambiente familiar. (44)

Cerca de 50% dos idosos da população em estudo apresentou pelo menos uma ida ao serviço de urgência no último ano, por patologia aguda ou por agudização de patologia crónica. De acordo com Himmelhoch *et al* (2004), idosos que têm pelo menos uma patologia crónica, se concomitantemente apresentarem síndrome depressivo, têm uma probabilidade maior de recorrência ao serviço de urgência. (46) Segundo Barreto *et al* (2014) a multimorbilidade está associada a um aumento das hospitalizações e idas ao SU. Se houver associação entre patologia física e patologia mental, a probabilidade de ida ao SU será superior. (47) Ora, a grande maioria da população do estudo apresenta multimorbilidade, cerca de 30% apresenta perturbação mental e, excluindo os participantes com demência, cerca de metade apresenta depressão o que poderá justificar os resultados obtidos, de acordo com os estudos referidos.

De acordo com os resultados obtidos na escala de qualidade de sono de Pittsburg, que foi apenas respondida por 251 dos 350 idosos, a grande maioria dos idosos inquiridos, cerca de 72%, apresentava má qualidade do sono, resultados esses que são similares aos do estudo de Raquel Martins Silva, *et al* (2019), que comparou a qualidade do sono em idosos institucionalizados e não institucionalizados e apesar de ambos os grupos apresentarem má qualidade do sono, o grupo dos idosos institucionalizados apresenta uma qualidade de sono inferior. (48) As mudanças na estrutura do sono relacionadas com o envelhecimento levam a uma diminuição geral da eficiência do sono, com menos horas de sono total, menos tempo passado nas fases mais profundas do sono não-REM e no sono REM. Por outro lado, ocorre um aumento no número de despertares durante a noite, o que resulta numa maior fragmentação do sono. No entanto, no idoso institucionalizado a qualidade de sono é ainda

pior devido a uma menor exposição à luz solar, às sestaas recorrentes durante o dia, a uma menor participação em atividades ocupacionais, que conduz também a uma maior sonolência diurna, e porque se deitam mais cedo provocando um aumento da latência do sono e induzindo uma insónia comportamental. (48) Assim, um aumento das atividades realizadas durante o dia, a evicção das sestaas, a existência de espaços com maior exposição solar e um horário de deitar mais tardio poderiam melhorar a qualidade do sono dos idosos institucionalizados.

Relativamente às relações entre dimensões avaliadas foi possível constatar que o número total de patologias está associado à existência de quedas, bem como ao número de idas ao Serviço de Urgência, e que o número de fármacos que um idoso toma por dia está associado também ao número de idas ao Serviço de urgência. Estes resultados poderão dever-se ao facto de a existência de um maior número de patologias conduzir a uma maior farmacoterapia, que por sua vez, devido aos efeitos adversos de certos fármacos, poderá provocar mais quedas. (49) Um idoso com mais patologias, também se torna mais débil e por isso mais propenso a patologia aguda, o que poderá resultar em mais idas às urgências. Além disso, muitas das idas às urgências estão associadas a eventos de queda, o que também justifica toda esta relação. Um estudo longitudinal realizado nos Estados Unidos concluiu que a utilização de cinco ou mais medicamentos aumenta em 88% a probabilidade de uma ida ao hospital devido a reações adversas ao medicamento, em comparação com o uso de um número menor de medicamentos. (50) É, por isso, essencial implementar um controlo mais rigoroso sobre os medicamentos prescritos aos idosos, especialmente no que diz respeito à monitorização dos seus potenciais efeitos adversos. Desta forma, não só poderiam ser prevenir visitas desnecessárias aos serviços de urgência, como também seria garantida a segurança e o bem-estar dos pacientes idosos. Além disso, seria benéfico promover uma abordagem mais individualizada na gestão da medicação, tendo em consideração as necessidades específicas de cada idoso e as potenciais interações medicamentosas. Seria igualmente crucial reforçar as medidas preventivas para reduzir o risco de quedas entre os idosos, bem como incluir a promoção da atividade física adequada para fortalecer os músculos e melhorar o equilíbrio.

O número de fármacos que um idoso toma por dia mostrou-se também relacionado com o resultado obtido no MMSE. Este resultado encontra-se de acordo com a literatura existente, nomeadamente o estudo realizado por Caçador *et al* (2022), que demonstrou numa população de idosos institucionalizados no concelho de Viseu, que a polifarmácia está associada à existência de défice cognitivo. (49,51,52) Esta relação pode ser explicada pelo facto de alguma medicação utilizada afetar negativamente a cognição. Seria assim, importante avaliar se os défices cognitivos surgiram como consequência de processos

neurocognitivos ou se foram causados ou agravados por alguma medicação. (52) Embora em alguns casos a polimedicação possa estar a ser corretamente prescrita e seja adequada às patologias do idoso portador de demência, um melhor controlo da medicação e uma evicção da utilização de medicamentos potencialmente inapropriados poderá evitar ou atrasar o surgimento de défice cognitivo em alguns idosos.

A existência de patologia no sistema cardiovascular na população em estudo demonstrou influenciar o resultado do MMSE. De acordo com Kerola, *et al* (2010), a Hipertensão e a utilização de medicação anti-hipertensiva estão relacionadas com a demência. (53,54) Vários estudos realizados demonstraram também uma associação entre a patologia cardiovascular e o défice cognitivo, que poderia surgir por vários mecanismos, nomeadamente doença cerebrovascular associada a aterosclerose, stress oxidativo, respostas inflamatórias imunes e tromboembolismo concomitante a fibrilhação auricular. Além disso, certos autores indicam também que a existência de patologia cardiovascular acelera o processo de deterioração cognitiva. (55) O estudo de Nunes *et al* (2010) também observou que havia um risco aumentado de demência em pessoas com doença cerebrovascular. Estes resultados evidenciam a importância tanto dos fatores de risco vasculares como da doença cerebrovascular nos padrões de comprometimento cognitivo. Isso não apenas demonstra que a patogénese vascular pode ser responsável pela maioria dos défices cognitivos, mas também sugere que o comprometimento cognitivo vascular pode ser provavelmente um contínuo, que em muitos pacientes se manifesta apenas como um défice cognitivo sem demência. (56) Por outro lado, Covello *et al* (2021) demonstrou no seu estudo que a existência de patologia cardiovascular não está relacionada com um aumento da probabilidade de défice cognitivo. Segundo o mesmo autor, estas diferenças podem dever-se à heterogeneidade das amostras e da forma como a patologia cardiovascular e o défice cognitivo são definidos em cada estudo. (55) São, por isso necessários mais estudos com mais população e mais heterogénea para que se possam tirar conclusões.

A existência de patologia no sistema nervoso demonstrou influenciar o resultado do MMSE, o que pode ser explicado por um lado pelo facto de as demências já diagnosticadas nos idosos terem sido incluídas no grupo de doenças do sistema nervoso. Por outro lado, pelo facto de as patologias cerebrovasculares terem sido também incluídas nas patologias do sistema nervoso e, tal como já foi referido anteriormente, as patologias vasculares estão associadas a défice cognitivo. (53,54) Outra possível justificação poderá ser o facto de certas alterações que ocorrem no sistema nervoso durante certas patologias afetarem a cognição, nomeadamente a acumulação de isoformas de ApoE, alterações epigenéticas e fatores neuroinflamatórios. (57–59) A epilepsia pode também contribuir para este resultado uma

vez que idosos com esta patologia apresentam um desempenho cognitivo inferior e um risco mais elevado de desenvolver demência.(60)

A existência de patologia no sistema nervoso na população em estudo também revelou uma correlação com a mobilidade, o que pode ser justificado pelo facto de doenças como Parkinson estarem associadas a distúrbios do movimento e deste modo afetarem a mobilidade dos idosos que sofrem das mesmas. A presença de neuropatia diabética também pode contribuir para esta associação, uma vez que cerca de metade dos idosos com neuropatia diabética têm fraca mobilidade funcional, que pode estar relacionada com a perda de sensibilidade nos membros inferiores, bem como a perda de feedback proprioceptivo adequado das extremidades inferiores provocando alterações do equilíbrio e instabilidade da marcha. (61,62)

Neste estudo não foi demonstrada associação entre a existência de patologia no sistema endócrino e o resultado do MMSE, o que não se encontra de acordo com a literatura que indica que a diabetes *mellitus* está associada a alterações na cognição, com diferenças entre os subtipos da doença, verificando-se uma diminuição na velocidade de pensamento e na flexibilidade mental, bem como alterações na memória. O surgimento de complicações como a neuropatia diabética está associado a um declínio cognitivo mais rápido e a um desempenho cognitivo inferior, o que vai de encontro aos resultados encontrados no nosso estudo da relação já abordada entre a existência de patologia no sistema nervoso e o resultado do MMSE. (63,64)

A existência de patologia no sistema endócrino e metabólico demonstrou influenciar o número de idas ao Serviço de Urgência. Este resultado pode ser justificado pelo facto de as condições endócrinas/metabólicas poderem resultar em complicações agudas, como hipoglicemia/hiperglicemia (no caso do diabetes *mellitus*) e eventos cardiovasculares agudos (no caso da dislipidemia).(65–67) Estas complicações muitas vezes requerem intervenção imediata, e por isso ida ao serviço de urgência para tratamento. Além disso, tal como foi abordado anteriormente doentes com patologia endócrina têm frequentemente outras comorbilidades associadas e podem estar polimedicados o que também contribui para uma maior recorrência ao SU.

O facto de os dados clínicos dos utentes das ERPIs terem sido recolhidos nos processos clínicos existentes em cada ERPI poderá ser uma das limitações deste estudo, uma vez que existia uma grande variabilidade de organização destes processos entre instituições. Em algumas instituições os processos clínicos estavam informatizados numa plataforma apropriada e eram regularmente atualizados pelo corpo clínico do lar. No entanto, na maioria das instituições, os processos eram ainda em papel e, frequentemente,

encontravam-se bastante desorganizados, com informações em falta e desatualizados. Em alguns casos havia idosos sem patologias diagnosticadas que, no entanto, se encontravam em processo de polifarmácia. Esse facto leva-nos a considerar as conclusões tiradas nesta tese como prováveis, dados os documentos disponíveis. Mas implica que será necessário promover uma campanha de modificação dos sistemas de documentação destes doentes, de forma a evitar quer a infra, quer a polimedicação.

Conclusão

O nosso trabalho apresentou descobertas cruciais que obrigam a uma abordagem abrangente e multifacetada do adulto idoso. A necessidade premente de um aumento nos cuidados médicos e de enfermagem para esta população é evidente, especialmente considerando os desafios associados à polifarmácia, à depressão, às alterações do sono e às frequentes idas à urgência.

Além disso, a abordagem da demência emerge como uma prioridade, dado o número elevado de utentes que estão diagnosticados, exigindo a implementação de programas de estimulação cognitiva e outros cuidados não médicos que visam não apenas melhorar a qualidade de vida dos idosos, mas também proporcionar um ambiente acolhedor e compreensivo para eles.

A revisão da polifarmácia, em conformidade com os critérios STOPP e START, desempenha um papel crucial na otimização da terapia medicamentosa. Este processo visa reduzir os riscos de eventos adversos e melhorar a eficácia dos tratamentos. Relativamente a quem pode realizar essa revisão dentro de cada ERPI, uma equipa multidisciplinar, incluindo fundamentalmente um médico e um farmacêutico, pode colaborar para avaliar e ajustar as prescrições medicamentosas de acordo com as necessidades individuais de cada residente. Isso envolve rever os medicamentos atualmente prescritos, identificar possíveis interações medicamentosas, considerar a eficácia dos tratamentos e adaptar as prescrições conforme necessário para garantir a segurança e o bem-estar dos idosos.

Assim, o papel do médico nos lares de idosos é essencial para garantir um cuidado holístico e de alta qualidade aos residentes. A realização de visitas regulares, um acompanhamento próximo e em coordenação com a equipa multidisciplinar, a educação dos cuidadores, nomeadamente dos auxiliares que trabalham nos lares, a implementação de cuidados individualizados, a promoção de medidas preventivas e de rastreio, a gestão eficaz das patologias agudas e crónicas, e a comunicação com os familiares, são formas através das quais um médico pode e deve atuar de modo a melhorar a saúde dos idosos residentes nos lares.

Adicionalmente, a necessidade de expandir esta avaliação para outros concelhos é inegável. Ao fazê-lo, poderemos obter uma compreensão mais abrangente das necessidades e desafios enfrentados pelos idosos em diferentes comunidades, permitindo o desenvolvimento de estratégias personalizadas que promovam o bem-estar e a saúde dessa população em todo o país.

Portanto, é imperativo que os responsáveis políticos, profissionais de saúde e outros intervenientes relevantes se unam para enfrentar estes desafios de forma proativa e colaborativa, garantindo assim um futuro mais saudável e sustentável para a população idosa em Portugal.

Bibliografia

1. Eurostat. Ageing Europe looking at the lives of older people in the EU 2020 edition [Internet]. Second. [cited 2024 Feb 9]. Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-statistical-books/-/ks-02-20-655>
2. OMS. Resumo- Relatório mundial de envelhecimento e saúde [Internet]. [cited 2021 May 28]. Available from: www.who.int
3. DGS. Pnsp 2021-2030. 2022 [cited 2023 Oct 26];1–175. Available from: https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf
4. Pordata. O seu município em números! Sabugal [Internet]. [cited 2024 Feb 9]. Available from: <https://www.pordata.pt/municipios/quadro+resumo/sabugal-824113>
5. Pinto DCV. Por que vão os idosos para lares? [Lisboa]: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas; 2013.
6. Moore KL, Boscardin WJ, Steinman MA, Schwartz JB. Patterns of chronic co-morbid medical conditions in older residents of U.S. nursing homes: Differences between the sexes and across the agespan. *Journal of Nutrition, Health and Aging*. 2014;18(4):429–36.
7. Barrio-Cortes J, Castaño-Reguillo A, Beca-Martínez MT, Bandeira-de Oliveira M, López-Rodríguez C, Jaime-Sisó MÁ. Chronic diseases in the geriatric population: morbidity and use of primary care services according to risk level. *BMC Geriatr*. 2021;21(1):1–11.
8. Xie F, Li J, Song W, Liu Q, Jiang S, Chen ZY, et al. Long-term Care Facility and its Elderly Chronic Diseases in Jishou: Insights into Underdeveloped Area of China. *The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing* . 2022;59:1–9.
9. Maun A, Björkelund C, Arvidsson E. Primary care utilisation, adherence to guideline-based pharmacotherapy and continuity of care in primary care patients with chronic diseases and multimorbidity – a cross-sectional study. *BMC Primary Care*. 2023 Dec 1;24(1).

10. Forslund T, Carlsson AC, Ljunggren G, Ärnlov J, Wachtler C. Patterns of multimorbidity and pharmacotherapy: a total population cross-sectional study. *Fam Pract.* 2021 Apr 1;38(2):132–40.
11. Jungo KT, Ansorg AK, Floriani C, Rozsnyai Z, Schwab N, Meier R, et al. Optimising prescribing in older adults with multimorbidity and polypharmacy in primary care (OPTICA): cluster randomised clinical trial. *BMJ.* 2023;
12. Jokanovic N, Tan ECK, Dooley MJ, Kirkpatrick CM, Bell JS. Prevalence and Factors Associated With Polypharmacy in Long-Term Care Facilities: A Systematic Review. Vol. 16, *Journal of the American Medical Directors Association.* Elsevier Inc.; 2015. p. 535.e1-535.e12.
13. Dwyer LL, Han B, Woodwell DA, Rechtsteiner EA. Polypharmacy in nursing home residents in the United States: Results of the 2004 National Nursing Home Survey. *American Journal Geriatric Pharmacotherapy* [Internet]. 2010;8(1):63–72. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjopharm.2010.01.001>
14. Masnoon N, Shakib S, Kalisch-Ellett L, Caughey GE. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC Geriatr.* 2017;17(1):1–10.
15. Freitas S, Simões MR, Alves L, Santana I. The Relevance of Sociodemographic and Health Variables on MMSE Normative Data. *Appl Neuropsychol Adult* [Internet]. 2015 Jul 4;22(4):311–9. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23279095.2014.926455>
16. Duque AS, Gruner H, Clara JG, Ermida JG, Veríssimo MT. Avaliação Geriátrica global “A pedra angular dos Cuidados ao Idoso.”
17. Santos AJ, Nunes B, Kislaya I, Gil AP, Ribeiro O. Estudo de validação em Portugal de uma versão reduzida da Escala de Depressão Geriátrica. *Análise Psicológica.* 2019 Sep 3;37(3):405–15.
18. Carvalho S, Pinto-Gouveia J, Pimentel P, Maia D, Mota-Pereira J. Características psicométricas da versão portuguesa da Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido. Vol. 54, *PSYCHOLOGICA.* 2011.
19. Guarda H. Escala Doloplus. [Lisboa]: Faculdade de Medicina de Lisboa; 2006.
20. Araújo F, Pais-Ribeiro J, Oliveira. A., Pinto C, Martins T. Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. In: I. Leal JPRIS&

- SM, editor. Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Lisboa: ISPA; 2008. p. 217–20.
21. Araújo F, Pais-Ribeiro J, Oliveira A, Pinto C. Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2007;59–66.
 22. Loureiro MHVS. Validação do “mini-nutricional assesment” em idosos [Dissertação de mestrado em Nutrição Clínica]. [Coimbra]: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2008.
 23. Vanessa Oliveira Martins A. Era uma vez no lar: um idoso, uma cadeira, um tempo. O TUG aplicado a idosos institucionalizados. [Dissertação de Mestrado]. [Covilhã]: Universidade da beira Interior; 2019.
 24. Vilar M, Simões MR, Lima MP, Cruz C, Sousa LB, Sousa AR, et al. Adaptação e validação do WHOQOL-OLD para a população portuguesa: Resultados da implementação de grupos focais Adaptation and validation of the WHOQOL-OLD for the Portuguese population: Results of focus groups implementation.
 25. Pocinho M, Farate C, Dias CA. Validação Psicométrica da Escala UCLA-Loneliness para Idosos Portugueses. In: *Interações*. 2010. p. 65–77.
 26. Faria Â, Sousa-Santos AR, Mendes J. Desenvolvimento das versões portuguesas dos questionários FRAIL Scale e SARC-F: ferramentas de rastreio para a fragilidade física e sarcopenia. *Acta Portuguesa de Nutrição*. 2021 Sep 30;26.
 27. Pereira Pinto M, Martins S, Mesquita E, Fernandes L. European Portuguese Version of the Clinical Frailty Scale: Translation, Cultural Adaptation and Validation Study. *Acta Med Port*. 2021 Nov 2;34(11):749–60.
 28. Del Rio João KA, Becker NB, de Neves Jesus S, Isabel Santos Martins R. Validation of the Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-PT). *Psychiatry Res*. 2017 Jan 1;247:225–9.
 29. Norwegian Institute of Public Health, WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2023. 26th ed. Oslo;

30. Folstein MF, Folstein SE, Mchugh PR. "Mini-mental state" a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Vol. 12, J. gsychiaf. Res. Pergamon Press; 1975.
31. Guerreiro M, Silva A, Botelho M. Adaptação à população portuguesa do trabalho do Mini Mental State Examination (MMSE). Rev Port Neural. 1994;1-9.
32. Pocinho MTS, Farate C, Dias CA, Lee TT, Yesavage JA. Clinical and Psychometric Validation of the Geriatric Depression Scale (GDS) for Portuguese Elders. Clin Gerontol. 2009 Feb 23;32(2):223-36.
33. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. J Psychiatr Res. 1982 Jan;17(1):37-49.
34. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. Psychiatry Res. 1989 May;28(2):193-213.
35. Instituto Nacional de Estatística. Esperança de vida à nascença e aos 65 anos mais elevada na região norte [Internet]. 2020. Available from: www.ine.pt
36. Pimentel JP, Silva AC, Murjal L, Neto M, Guerreiro AC. Perfil de Saúde ULS Guarda [Internet]. 2021. Available from: <http://www.arscentro.min-saude.pt>
37. Pazan F, Wehling M. Polypharmacy in older adults: a narrative review of definitions, epidemiology and consequences. Vol. 12, European Geriatric Medicine. Springer Science and Business Media Deutschland GmbH; 2021. p. 443-52.
38. Advinha AM, De Oliveira-Martins S, Mateus V, Pajote SG, Lopes MJ. Medication regimen complexity in institutionalized elderly people in an aging society. Int J Clin Pharm. 2014;36(4):750-6.
39. Ferreira M. Polimedicação em Idosos Institucionalizados Experiência Profissionalizante na vertente de Farmácia Comunitária, Hospitalar e Investigação. 2015; Available from: https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/5328/1/4604_8888.pdf
40. Maria I, Zimmermann M, Carréra M, Leal C, Zimmermann RD, Paula De Oliveira Marques A, et al. Factors associated with cognitive impairment in institutionalized elderly individuals: integrative review. J Nurs UFPE on line. 2015;9(12):1320-8.

41. Sari P, Putu Wulan Purnama Sari N. Cognitive Function and Quality of Life in Institutionalized Elderly: Each Predictors and Both Influences. *Journal of Educational, Health and Community Psychology*. 2023;12(3).
42. Shi L, Qiu H, Zhou M, Wang W. The Prevalence of Mild Cognitive Impairment Among the Elderly Population based on Spatio-temporal Data in the Yangtze River Delta Region of China. 2021; Available from: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-579285/v1>
43. Daniel F, Fernandes V, Silva A, Espírito-Santo H. Cognitive screening for elderly people in long-term care institutions in the Miranda do Corvo municipality, Portugal. *Ciencia e Saude Coletiva*. 2019 Nov 1;24(11):4355–66.
44. Vaz SFA. A Depressão no Idoso Institucionalizado Estudo em Idosos Residentes nos Lares do Distrito de Bragança. 2009.
45. WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>. 2023. Mental health of older adults.
46. Himelhoch S, Weller WE, Wu AW, Anderson GF, Cooper LA. Chronic medical illness, depression, and use of acute medical services among medicare beneficiaries. *Med Care*. 2004 Jun;42(6):512–21.
47. De Souto Barreto P, Lapeyre-Mestre M, Vellas B, Rolland Y. Multimorbidity type, hospitalizations and emergency department visits among nursing home residents: A preliminary study. *J Nutr Health Aging*. 2014 Mar 20;
48. Martins da Silva R, Afonso P, Fonseca M, Teodoro T. Comparing sleep quality in institutionalized and non-institutionalized elderly individuals. *Aging Ment Health*. 2020 Sep 1;24(9):1452–8.
49. Pio GP, Alexandre PRF, Toledo LF de S e. Polifarmácia e riscos na população idosa / Polypharmacy and risks in the elderly population. *Brazilian Journal of Health Review*. 2021;4(2):8924–39.
50. Bourgeois FT, Shannon MW, Valim C, Mandl KD. Adverse drug events in the outpatient setting: An 11-year national analysis. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2010 Sep;19(9):901–10.
51. Maher RL, Hanlon J, Hajjar ER. Clinical consequences of polypharmacy in elderly. Vol. 13, *Expert Opinion on Drug Safety*. 2014. p. 57–65.

52. Caçador C, Teixeira-Lemos E, Oliveira J, Pinheiro J, Teixeira-Lemos L, Ramos F. The Prevalence of Polypharmacy and Potentially Inappropriate Medications and Its Relationship with Cognitive Status in Portuguese Institutionalized Older Adults: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Mar 1;19(5).
53. Kerola T, Kettunen R, Nieminen T. The complex interplay of cardiovascular system and cognition: How to predict dementia in the elderly? *Int J Cardiol* [Internet]. 2011;150(2):123–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijcard.2010.10.018>
54. Leiva-Saldaña A, Sánchez-Ramos JL, León-Jariego JC, Palacios-Gómez L. Factores predictores de deterioro cognitivo en población mayor de 64 años institucionalizada y no institucionalizada. *Enferm Clin*. 2016 Mar 1;26(2):129–36.
55. Covello AL, Horwitz LI, Singhal S, Blaum CS, Li Y, Dodson JA. Cardiovascular disease and cumulative incidence of cognitive impairment in the Health and Retirement Study. *BMC Geriatr*. 2021 Dec 1;21(1).
56. Nunes B, Silva RD, Cruz VT, Roriz JM, Pais J, Silva MC. Prevalence and pattern of cognitive impairment in rural and urban populations from Northern Portugal [Internet]. Vol. 10, *BMC Neurology*. 2010. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2377/10/42>
57. Shi J, Han P, Kuniyoshi SM. Cognitive impairment in neurological diseases: Lessons from apolipoprotein e. Vol. 38, *Journal of Alzheimer's Disease*. IOS Press; 2014. p. 1–9.
58. Rudenko A, Tsai LH. Epigenetic modifications in the nervous system and their impact upon cognitive impairments. Vol. 80, *Neuropharmacology*. Elsevier Ltd; 2014. p. 70–82.
59. Clark C, Richiardi J, Maréchal B, Bowman GL, Dayon L, Popp J. Systemic and central nervous system neuroinflammatory signatures of neuropsychiatric symptoms and related cognitive decline in older people. *J Neuroinflammation*. 2022 Dec 1;19(1).
60. Sen A, Capelli V, Husain M. Cognition and dementia in older patients with epilepsy. *Brain*. 2018 Jun 1;141(6):1592–608.

61. Gupta G, Maiya GA, Bhat SN, Hande MH, Dillon L, Keay L. Fear of Falling and Functional Mobility in Elders with Diabetic Peripheral Neuropathy in Coastal Karnataka, India: A Hospital-Based Study. *Curr Aging Sci.* 2022 Nov;15(3):252–8.
62. van Schie CHM. Neuropathy: Mobility and quality of life. In: *Diabetes/Metabolism Research and Reviews.* 2008.
63. Biessels GJ, Staekenborg S, Brunner E, Brayne C, Scheltens P. Risk of dementia in diabetes mellitus: a systematic review. *Lancet Neurology* [Internet]. 2006;5:64–74. Available from: <http://neurology.thelancet.com>
64. Pignalosa FC, Desiderio A, Mirra P, Nigro C, Perruolo G, Ulianich L, et al. Diabetes and cognitive impairment: A role for glucotoxicity and dopaminergic dysfunction. Vol. 22, *International Journal of Molecular Sciences.* MDPI; 2021.
65. American Heart Association. 15. Diabetes Care in the Hospital: Standards of Medical Care in Diabetes—2019. *Diabetes Care.* 2019 Jan 1;42(Supplement_1):S173–81.
66. Shi X, Qin T, Nie H, Weng B, He S. Changes in Major Global River Discharges Directed into the Ocean. *Int J Environ Res Public Health.* 2019 Apr 25;16(8):1469.
67. Wang Q, Liang C. Role of Lipid-Lowering Therapy in Low-Density Lipoprotein Cholesterol Goal Attainment: Focus on Patients With Acute Coronary Syndrome [Internet]. 2020. Available from: www.jcvc.org

Anexos

1. Parecer da Comissão de Ética



comissaodeetica@ubi.pt
Convento de Santo António
6201-001 Covilhã | Portugal

Parecer relativo ao processo n.º CE-UBI-Pj-2023-048-ID1851

Na sua reunião de 17 de outubro de 2023, a Comissão de Ética apreciou a documentação científica submetida referente ao pedido de parecer do projeto "**O Perfil do Utente Residente em ERPIs no Concelho do Sabugal**", da proponente **Maria da Assunção Morais e Cunha Vaz Patto**, a que atribuiu o código n.º CE-UBI-Pj-2023-048.

Na sua análise não identificou matéria que ofenda os princípios éticos e morais, sendo de parecer que o estudo em causa pode ser **aprovado**.

Covilhã e UBI

A Presidente da Comissão de Ética

Assinado por : **AMÉLIA MARIA MONTEIRO
FERNANDES NUNES**
Num. de Identificação: BI102417849
Data: 2023.10.26 10:17:36+01'00'



(Professora Doutora Amélia Maria Monteiro Fernandes Nunes)

(Professora Auxiliar)

2. Consentimento informado dos participantes



CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- O (A) Sr. (a) leu e compreendeu todas as informações desta informação, e teve tempo para as ponderar;
- O (A) Sr. (a) compreendeu a explicação que lhe foi facultada acerca do estudo que se tenciona realizar: os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto;
- O (A) Sr. (a) solicitou todas as informações de que necessitou, ciente de que o esclarecimento é fundamental para uma boa decisão.
- Todas as suas questões foram satisfatoriamente esclarecidas pelos investigadores;
- O (A) Sr. (a) concorda com a participação neste estudo de acordo com os esclarecimentos que lhe foram prestados;
- O(A) Sr. (a) recebeu uma cópia desta informação, para a manter consigo.

**Nome do Participante (Legível)
ou Representante Legal**

___/___/___

**(Assinatura do Participante ou Representante Legal)
(Data)**

Contactos:

Francisco Costa Carvalho

@: a41931@fcsaude.ubi.pt

T: +351 967 693 311

Profª Doutora Mª Assunção Vaz Patto

@: maria.pato@ubi.pt

3. Inquérito dos participantes

Anexo I

O PERFIL DOS UTENTES RESIDENTES EM ERPIs NO CONCELHO DO SABUGAL QUESTIONÁRIO UTENTES

I. Inquérito Sociodemográfico

Nome: _____
Idade: _____
Sexo: Feminino ___ Masculino _____
Naturalidade: _____
Residência: _____
Ex-Emigrante: Sim ___ Não ___ Se sim, onde? _____
Escolaridade: Analfabeto(a) ___ Sabe ler e escrever ___ 1º Ciclo ___ 2º Ciclo ___ 3º Ciclo
___ Ensino secundário ___ Curso Superior ___
Profissão: _____
Estado Civil: Solteiro ___ Casado (a)/União de facto ___ Divorciado(a)/Separado ___ Viúvo
(a) ___ Se viúvo, há quanto tempo? _____
Religião: _____

II. Institucionalização

Data de admissão na ERPI: __/__/__

Porque veio para o Lar?

- Incapacidade Cognitiva [Deterioração cognitiva; Demência; Sintomas depressivos; Problemas psiquiátricos]
- Incapacidade Física [Limitações de mobilidade; Falta de autonomia funcional; Menor participação nas AVD; Maior número de doenças e lesões; Doenças crónicas; Incontinência]
- Condições socioeconómicas e afetivas [Idade mais avançada; Sexo feminino; Estado civil (solteiro ou viúvo); Morar sozinho; Ausência de apoio social; Sem filhos/Não ter família; Indisponibilidade dos filhos/familiares; Rede social pobre; Conflitos familiares; Baixos rendimentos; Falta de condições da habitação própria; Sentir-se só]
- Outro

De quem partiu a decisão da sua entrada no Lar?

- Do próprio(a)
- Filhos
- Cônjuge
- Outros familiares
- Assistente Social
- Outros Quem? _____

Como descreve o seu relacionamento familiar anterior à institucionalização?

- Bom relacionamento e convivência intensa
- Bom relacionamento e convivência esporádica
- Relacionamento com conflitos eventuais
- Relacionamento com conflitos constantes

Percepção sobre rendimentos auferidos:

- Permite viver sem preocupações
- Permite viver razoavelmente
- Permite cobrir principais necessidades
- Permite viver com dificuldades
- Insuficiente para viver

Necessidade de apoio de terceiros para pagamento da Instituição:

- Sim
- Não
- Não sabe

Apoio social recebido antes da institucionalização? (ex. centro de dia, casa de familiares, empregados domésticos; vizinhos; serviço de apoio ao domicílio)

- Sim
- Não
- Não sabe

Como descreve o seu processo de adaptação ao Lar?

- Fácil
- Razoável
- Difícil

Que tipo de atividades extralaborais realizava antes da institucionalização? (Ex.: caça, pesca, escultura, olaria, carpintaria, outro)

Com que frequência? _____

III. Estado de Saúde Física

Patologias Crônicas:

Histórico Cirúrgico (PTA, PTJ, P. Valvular, Veias Varicosas, Oncológico):

Nº de internamentos no último ano: _____

Nº de vezes que recorreu ao SU no último ano: _____

Quantas das anteriores foram devido a agudização de patologia crónica?

Data do último internamento/recurso ao SU: _____

Quantos ciclos de antibioterapia realizou no último ano? _____

Medicação habitual:

OLD/ VNI: Sim ___ Não ___;

SNG: Sim ___ Não ___; **Alimentação parentérica:** Sim ___ Não ___; **Estoma:** Sim ___ Não ___;

Quantas horas por dia passa sentado/a? _____

Mobilidade: Independente: ___ Dependente: ___; Precisa de ajuda de 2ª pessoa: Sim ___ Não ___; Usa auxiliar de marcha: Sim ___ Não ___; Acamado totalmente: Sim ___ Não ___

Quedas: Caiu no último ano? Sim ___ Não ___; Se sim: Local: _____

Consequências?

___ Sem sequelas

___ Sequelas sem alterações na marcha e/ou mobilidade

___ Sequelas com alterações na marcha e/ou mobilidade

Hábitos: Tabágicos: Passados Sim ___ Não ___ | Presentes Sim ___ Não ___; Se sim, quantos cigarros/dia? ___; Etílicos: Passados Sim ___ Não ___; | Presentes Sim ___ Não ___; Se sim, quantificar _____

Autopercepção sobre o Estado de Saúde: Excelente ___ Muito Bom ___ Bom ___ Razoável ___ Mau ___ Muito Mau ___

Considera que a sua saúde poderia melhorar: Sim ___ Não ___

IV. Estado Funcional e Social

Número de filhos? ____ **E netos?** ____ **Outros** ____

Realiza algum tipo de atividade: Sim ____ Não ____; Se sim, quais? _____

Com que frequência? _____

Visitas desde o início do ano? Sim ____ Não ____ **Se sim:** ____ vezes por mês **Por quem?**

Contactos Sim ____ Não ____ **Se sim:** ____ vezes por semana/mês **Por quem?** _____

Saídas da Instituição por vontade do próprio: Sim ____ Não ____

V. Escalas de Avaliação Geriátrica

Estado Mental

Mini-Mental State Examination de Folstein (MMSE)

a) Orientação (1 ponto por cada resposta correta)

Em que ano estamos? Opts ___ 1pt ___

Em que mês estamos? Opts ___ 1pt ___

Em que dia do mês estamos? Opts ___ 1pt ___

Em que dia da semana estamos? Opts ___ 1pt ___

Em que país estamos? Opts ___ 1pt ___

Em que estação do ano estamos? Opts ___ 1pt ___

Em que distrito vive? Opts ___ 1pt ___

Em que terra vive? Opts ___ 1pt ___

Em que casa estamos? Opts ___ 1pt ___

Em que andar estamos? Opts ___ 1pt ___

“Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor”: Pêra: Opts ___ 1pt ___; Gato Opts ___ 1pt ___; Bola: Opts ___ 1pt ___.

b) Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correta)

Se der uma resposta errada, mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas.

“Agora peça-lhe que me diga quanto é 30 menos 3 e depois ao número respondido volte a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar.”

27 - Opts ___ 1pt ___

24 - Opts ___ 1pt ___

21 - Opts ___ 1pt ___

18 - Opts ___ 1pt ___

15 - Opts ___ 1pt ___

c) Evocação (1 ponto por cada resposta correta)

“Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar”: Pêra - Opts ___ 1pt ___; Gato - Opts ___ 1pt ___; Bola - Opts ___ 1pt ___

d) Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)

“Como se chama isto?” (Mostrar os objetos)

Relógio - 0pts ____ 1pt ____

Caneta - 0pts ____ 1pt ____

“Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA”: 0pts ____ 1pt ____

“Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa”, dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita: 0pts ____ 1pt ____

Dobra ao meio: 0pts ____ 1pt ____

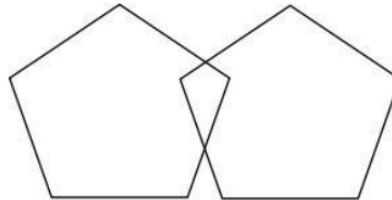
Coloca onde deve: 0pts ____ 1pt ____

“Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz”. Mostrar um cartão com a frase bem legível, “FECHE OS OLHOS” (se for analfabeto ler o cartão) 0pts ____ 1pt ____

“Escreva uma frase inteira aqui”. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação: 0pts ____ 1pt ____

e) Capacidade Construtiva (1 ponto pela cópia correta)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação: 0pts ____ 1pt ____



Analfabeto	15 pontos
1-11 anos de escolaridade	22 pontos
≥ 11 anos de escolaridade	27 pontos
Total	

Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage

	Sim	Não
1. Está satisfeito com a sua vida?	0	1
2. Abandonou muitos dos seus interesses e atividades?	1	0
3. Sente que a sua vida está vazia?	1	0
4. Sente-se frequentemente aborrecido?	1	0
5. Na maior parte do tempo está de bom humor?	0	1
6. Tem medo de que algo de mal lhe aconteça?	1	0
7. Sente-se feliz na maior parte do tempo?	0	1
8. Sente-se frequentemente abandonado / desamparado?	1	0
9. Prefere ficar em casa, a sair e fazer coisas novas?	1	0
10. Sente que tem mais problemas de memória do que os outros da sua idade?	1	0
11. Actualmente, acha que é maravilhoso estar vivo?	0	1
12. Sente-se inútil?	1	0
13. Sente-se cheio de energia?	0	1
14. Sente-se sem esperança?	1	0
15. Acha que as outras pessoas estão melhores que o Sr./Sra.?	1	0
Pontuação Total -Sem Depressão: 0-5 pontos; -Depressão ligeira ou moderada: 6 a 10 pontos; -Depressão grave: 11 a 15 pontos.		

Escala Multidimensional De Suporte Social Percebido (EMSSP)

Discorda completamente	Discorda fortemente	Discorda parcialmente	Não tem opinião	Concorda parcialmente	Concorda fortemente	Concorda completamente
1	2	3	4	5	6	7

	1	2	3	4	5	6	7
1. Há uma pessoa especial que se encontra próximo quando necessito.							
2. Há uma pessoa especial com quem posso partilhar as minhas alegrias e tristezas.							
3. A minha família tenta ajudar-me verdadeiramente.							
4. Tenho a ajuda emocional e o apoio que necessito da minha família.							
5. Tenho uma pessoa que é verdadeiramente uma fonte de conforto para mim.							
6. Os meus amigos realmente procuram ajudar-me.							
7. Posso contar com os meus amigos quando algo corre mal.							
8. Posso falar dos meus problemas com a minha família.							
9. Tenho amigos com quem posso partilhar as minhas alegrias e tristezas.							
10. Há uma pessoa especial na minha vida que se preocupa com os meus sentimentos.							
11. A minha família está disponível para me ajudar a tomar decisões.							
12. Posso falar dos meus problemas com os meus amigos.							
<p>Para obter a pontuação da subescala do outro significativo somar as pontuações das alíneas 1), 2), 5) e 10) e dividir por 4; Para obter a pontuação da subescala da família somar as pontuações das alíneas 3), 4), 8) e 11) e dividir por 4; Para obter a pontuação da subescala da família somar as pontuações das alíneas 6), 7), 9) e 12) e dividir por 4; Para obter a pontuação total somar as pontuações das 12 alíneas e dividir por 12</p> <p style="text-align: center;">Pontuação Total: Baixo suporte: 1 - 2.9 pontos Médio suporte: 3-5 pontos Elevado suporte: 5.1-7 pontos</p>							
1. Subescala do outro significativo							
2. Subescala da família							
3. Subescala dos amigos							
4. Pontuação Total							

Escala Doloplus - Dor crónica

Escala numérica (0-10) _____

REPERCUSSÃO SOMÁTICA		
1. Queixas somáticas	Ausência de queixas	0
	Queixas apenas quando há solicitação	1
	Queixas espontâneas ocasionais	2
	Queixas espontâneas contínuas	3
2. Posições antálgicas em repouso	Ausência de posição antálgica	0
	O indivíduo evita certas posições de forma ocasional	1
	Posição antálgica permanente e eficaz	2
	Posição antálgica permanente ineficaz	3
3. Proteção de zonas dolorosas	Ausência de proteção	0
	Proteção quando há solicitação, não impedindo o prosseguimento do exame ou dos cuidados	1
	Proteção quando há solicitação, impedindo qualquer exame ou cuidados	2
	Proteção em repouso, na ausência de qualquer solicitação	3
4. Expressão facial	Mimica habitual	0
	Mimica que parece exprimir dor quando há solicitação	1
	Mimica que parece exprimir dor na ausência de qualquer solicitação	2
	Mimica inexpressiva em permanência e de forma não habitual (atona, rígida, olhar vazio)	3
5. Sono	Sono habitual	0
	Dificuldade em adormecer	1
	Despertar frequente (agitação motora)	2
	Insónia com repercussão nas fases de despertar	3
REPERCUSSÃO PSICOMOTORA		
6. Higiene e/ou vestir	Capacidades habituais conservadas	0
	Capacidades habituais pouco diminuídas (com precaução, mas completas)	1
	Capacidades habituais muito diminuídas, higiene e/ou vestir difíceis e parciais	2
	Higiene e /ou vestir impossíveis; o doente exprime a sua oposição a qualquer tentativa	3
7. Movimento	Capacidades habituais conservadas	0
	Capacidades habituais ativas limitadas (o doente evita certos movimentos, diminui o seu perímetro de marcha)	1
	Capacidades habituais ativas e passivas limitadas (mesmo ajudado, o doente diminui os seus movimentos)	2
	Movimentos impossível; qualquer mobilização suscita oposição	3
REPERCUSSÃO PSICO-SOCIAL		
8. Comunicação	Sem alteração	0
	Intensificada (o indivíduo chama a atenção de modo não habitual)	1
	Diminuída (o indivíduo isola-se)	2
	Ausência ou recusa de qualquer comunicação	3
9. Vida social	Participação habitual nas diferentes atividades (refeições, atividades recreativas, ateliers terapêuticos, ...)	0
	Participação nas diferentes atividades apenas quando há solicitação	1
	Recusa parcial da participação nas diferentes atividades	2
	Recusa de qualquer tipo de vida social	3
10. Alterações do comportamento	Comportamento habitual	0
	Alterações do comportamento quando há solicitação e repetidas	1
	Alterações do comportamento quando há solicitação e permanentes	2
	Alterações do comportamento permanentes (sem qualquer solicitação)	3
PONTUAÇÃO		

Atividades de Vida Diária

Escala de Lawton & Brody

1- Utilização do telefone

- 1** Utiliza o telefone por iniciativa própria
- 1** É capaz de marcar bem alguns números familiares
- 1** É capaz de pedir para telefonar, mas não é capaz de marcar
- 0** Não é capaz de usar o telefone

2- Fazer compras

- 1** Realiza todas as compras necessárias independentemente
- 0** Realiza independentemente pequenas compras
- 0** Necessita de ir acompanhado para fazer qualquer compra
- 0** É totalmente incapaz de comprar

3- Preparação das refeições

- 1** Organiza, prepara e serve as refeições sozinho e adequadamente
- 0** Prepara adequadamente as refeições se se fornecem os alimentos
- 0** Prepara, aquece e serve as refeições, mas não segue uma dieta adequada
- 0** Necessita que lhe preparem e sirvam as refeições

4- Tarefas domésticas

- 1** Mantém a casa sozinho ou com ajuda ocasional (trabalhos pesados)
- 1** Realiza tarefas ligeiras, como lavar pratos ou fazer a cama
- 1** Realiza tarefas ligeiras, mas não pode manter um nível adequado de limpeza
- 0** Necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas

- 0** Não participa em nenhuma tarefa doméstica

5- Lavagem da roupa

- 1** Lava sozinho toda a sua roupa
- 1** Lava sozinho pequenas peças de roupa
- 0** A lavagem da roupa tem de ser feita por terceiros

6- Utilização de meios de transporte

- 1** Viaja sozinho em transporte público ou conduz o seu próprio carro
- 1** É capaz de apanhar um táxi, mas não usa outro transporte
- 1** Viaja em transportes públicos quando vai acompanhado
- 0** Só utiliza o táxi ou o automóvel com ajuda de terceiros
- 0** Não viaja

7- Manejo da medicação

- 1** É capaz de tomar a medicação à hora e dose correctas
- 0** Toma a medicação se a dose é preparada previamente
- 0** Não é capaz de administrar a sua medicação

8- Responsabilidade de assuntos financeiros

- 1** Encarrega-se de assuntos financeiros sozinho
- 1** Realiza as compras diárias, mas necessita de ajuda em grandes compras e no banco
- 0** Incapaz de manusear o dinheiro

Mulher		Homem
0-1	Dependência total	0
2-3	Dependência grave	1
4-5	Dependência moderada	2-3
6-7	Dependência ligeira	4
8	Independente	5

Escala adaptada de Barthel

CATEGORIA 1: ALIMENTAÇÃO

- 0. Dependente
- 5. Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)
- 10. Independente

CATEGORIA 2: TRANSFERÊNCIAS

- 0. Dependente, não tem equilíbrio sentado
- 5. Necessita de ajuda, mas consegue sentar-se
- 10. Precisa de alguma ajuda
- 15. Independente

CATEGORIA 3: TOALETE

- 0. Dependente, necessita de alguma ajuda
- 5. Independente a fazer a barba, a lavar a cara e a lavar os dentes

CATEGORIA 4: UTILIZAÇÃO DO WC

- 0. Dependente
- 5. Precisa de alguma ajuda
- 10. Independente

CATEGORIA 5: BANHO

- 0. Dependente, necessita de alguma ajuda
- 5. Toma banho (entra e sai sem ajuda)

CATEGORIA 6: MOBILIDADE

- 0. Imóvel
- 5. Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas
- 10. Caminha menos de 50 metros com pouca ajuda
- 15. Caminha 50 metros sem ajuda ou supervisão (pode usar ortoses)

CATEGORIA 7: SUBIR E DESCER ESCADAS

- 0. Dependente
- 5. Precisa de ajuda
- 10. Independente, com ou sem ajudas técnicas

CATEGORIA 8: VESTIR

- 0. Impossível
- 5. Com ajuda
- 10. Independente

CATEGORIA 9: CONTROLO INTESTINAL

- 0. Incontinente ou precisa de clisteres
- 5. Acidente ocasional
- 10. Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositórios ou similar

CATEGORIA 9: CONTROLO URINÁRIO

- 0. Incontinente ou algaliado sendo incapaz de manejar a algalia sozinho
- 5. Acidente ocasional (max 1x por semana)
- 10. Controla perfeitamente mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algalia sozinho

Estado Nutricional

Mini-Nutritional Assessment

(Responda à secção “Triagem”, preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da secção “Triagem”. Se a pontuação obtida for igual ou menor que 11, continue o preenchimento do questionário para obter a pontuação indicadora de desnutrição”)

1-Triagem

A. Nos últimos três meses houve diminuição da ingesta alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?

- 0= diminuição grave da ingesta
- 1 = diminuição moderada da ingesta
- 2=sem diminuição da ingesta

B. Perda de peso nos últimos 3 meses

- 0 = superior a três quilos
- 1= não sabe informar
- 2= entre um e três quilos
- 3= sem perda de peso

C. Mobilidade

- 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas
- 1 = deambula mas não é capaz de sair de casa
- 2= normal

D. Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?

- 0= sim
- 2 = não

E. Problemas neuropsicológicos

- 0= demência ou depressão graves
- 1= demência ligeira
- 2= sem problemas psicológicos

F. Índice de Massa Corporal (IMC = peso[kg] / estatura [m²])

- 0 = IMC < 19
- 1 = 19 < IMC < 21
- 2 = 21 < IMC < 23
- 3 = IMC > 23

Pontuação da Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos): ___

- (12-14 pontos: estado nutricional normal
- 8-11 pontos: sob risco de desnutrição
- 0-7 pontos: desnutrido)

2-Avaliação Global

G. O doente vive na sua própria casa
(não em instituição geriátrica ou hospital)
1 = sim
0 = não

H. Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia?
0 = sim
1 = não

I. Lesões de pele ou escaras?
0 = sim
1 = não

J. Quantas refeições faz por dia?
0 = uma refeição
1 = duas refeições
2 = três refeições

K. O doente consome:
• pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)?
• duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos?
• carne, peixe ou aves todos os dias?
0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim»
0.5 = duas respostas «sim»
1.0 = três respostas «sim»

L. O doente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas?
0 = não
1 = sim

M. Quantos copos de líquidos (água, sumo, café, chá, leite) o doente consome por dia?

Avaliação global (máximo 16 pontos): ___
Pontuação da triagem: ___
Pontuação total (máximo 30 pontos): ___

Avaliação do Estado Nutricional:
de 24 a 30 pontos: estado nutricional normal
de 17 a 23,5 pontos: sob risco de desnutrição
menos de 17 pontos: desnutrido

0.0 = menos de três copos
0.5 = três a cinco copos
1.0 = mais de cinco copos

N. Modo de se alimentar
0 = não é capaz de se alimentar sozinho
1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade
2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade

O. O doente acredita ter algum problema nutricional?
0 = acredita estar desnutrido
1 = não sabe dizer
2 = acredita não ter um problema nutricional

P. Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como considera o doente a sua própria saúde?
0.0 = pior
0.5 = não sabe
1.0 = igual
2.0 = melhor

Q. Perímetro braquial (PB) em cm
0.0 = PB < 21
0.5 = 21 ≤ PB ≤ 22
1.0 = PB > 22

R. Perímetro da perna (PP) em cm
0 = PP < 31
1 = PP ≥ 31

Estado Motor

Classificação Funcional da Marcha de Holden

Categoria	Descrição
0 Marcha ineficaz	O idoso não é capaz de caminhar, caminha apenas em barras paralelas ou requer ajuda física ou supervisão de mais que uma pessoa para andar de forma segura.
1 Marcha dependente Nível II	O idoso necessita de grande ajuda de uma pessoa para andar e evitar quedas. Esta ajuda é constante, sendo necessária para suportar o peso do corpo ou para manter o equilíbrio ou a coordenação.
2 Marcha dependente Nível I	O idoso requer ajuda mínima de uma pessoa para não cair na marcha em superfície plana. A ajuda consiste em toques suaves, contínuos ou intermitentes, para ajudar a manter o equilíbrio e a coordenação.
3 Marcha dependente com supervisão	O idoso é capaz de andar de forma independente em superfícies planas sem ajuda, mas para a sua segurança requer supervisão de uma pessoa.
4 Marcha independente (superfície plana)	O idoso é capaz de andar de forma independente em superfícies planas, mas requer supervisão ou ajuda física para superar escadas, superfícies inclinadas ou terrenos não planos.
5 Marcha independente	O idoso é capaz de andar independentemente em superfícies planas, inclinadas ou escadas

Nota: Tipo de ajuda necessária: _____

Teste "Timed Up and Go"

O idoso deverá estar sentado numa cadeira com apoio lateral de braço. Solicita-se ao idoso, que se levante sem se apoiar nas laterais da cadeira, caminhe 3 metros, rode 180° e retorne ao ponto de partida, para se sentar novamente.

- () < 10 segundos: sem alterações
- () 10 a 19 segundos: risco moderado
- () 20 segundos ou mais: elevado risco de queda

Qualidade De Vida

WHOQOL-OLD						
		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
1. (F25.1)	As dificuldades de audição, visão, paladar, olfacto ou tacto afetam a sua vida diária?	1	2	3	4	5
2. (F25.3)	As dificuldades de audição, visão, paladar, olfacto ou tacto afectam a sua capacidade para participar em atividades?	1	2	3	4	5
3. (F25.4)	As dificuldades de audição, visão, paladar, olfacto ou tacto afectam a sua capacidade para se relacionar com as outras pessoas?	1	2	3	4	5
4. (F26.1)	Sente que tem liberdade para tomar as suas próprias decisões?	1	2	3	4	5
5. (F26.2)	Sente que tem poder para decidir acerca do seu futuro?	1	2	3	4	5
6. (F26.4)	Sente que as outras pessoas respeitam a sua liberdade?	1	2	3	4	5
7. (F29.2)	Está preocupado(a) com o modo como irá morrer?	1	2	3	4	5
8. (F29.3)	Até que ponto tem medo de não poder controlar a sua morte?	1	2	3	4	5
9. (F29.4)	Tem medo de morrer?	1	2	3	4	5
10. (F29.5)	Receia sofrer antes de morrer?					
		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
11. (F26.3)	Consegue fazer aquilo que gosta?	1	2	3	4	5
12. (F27.3)	Continua a ter oportunidade para realizar os seus planos na vida?	1	2	3	4	5
13. (F27.4)	Na sua vida tem recebido o reconhecimento que merece?	1	2	3	4	5
14. (F28.4)	Tem atividades suficientes para ocupar o seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
15. (F27.5)	Está satisfeito(a) com o que tem alcançado na sua vida?	1	2	3	4	5
16. (F28.1)	Está satisfeito(a) com a forma como ocupa o seu tempo?	1	2	3	4	5
17. (F28.2)	Está satisfeito(a) com o seu envolvimento nas atividades que realiza?	1	2	3	4	5

18. (F28.7)	Está satisfeito(a) com as oportunidades que tem para participar em actividades da comunidade?	1	2	3	4	5
19. (F27.1)	Está satisfeito(a) com o que pode esperar da vida?	1	2	3	4	5
		Muito Mau	Mau	Nem Bom Nem Mau	Bom	Muito Bom
20. (F25.2)	Como avalia o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfacto, tacto)?	1	2	3	4	5
		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
21. (F30.2)	Sente que tem alguém próximo com quem partilha a sua vida íntima?	1	2	3	4	5
22. (F30.3)	Sente que tem amor na sua vida?	1	2	3	4	5
		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
23. (F30.4)	Tem oportunidade para amar alguém?	1	2	3	4	5
24. (F30.7)	Tem oportunidade para se sentir amado(a)?					
		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
25. (F31.1)	Está satisfeito(a) com as suas relações familiares?	1	2	3	4	5
26. (F31.2)	Está satisfeito(a) com o apoio que recebe da sua família?					
27. (F31.3)	Está satisfeito(a) com o tempo que passa com os seus familiares?					
		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
28. (F31.4)	Sente que a sua família lhe dá valor?	1	2	3	4	5

Maior pontuação = Maior qualidade de Vida

Tabela 2. Itens invertidos do WHOQOL-OLD (versão portuguesa)

ITEM 1	(As dificuldades de audição, visão, paladar, olfacto ou tacto afectam a sua vida diária?)
ITEM 2	(As dificuldades de audição, visão, paladar, olfacto ou tacto afectam a sua capacidade para participar em actividades?)
ITEM 3	(As dificuldades de audição, visão, paladar, olfacto ou tacto afectam a sua capacidade para se relacionar com as outras pessoas?)
ITEM 7	(Está preocupado(a) com o modo como irá morrer?)
ITEM 8	(Até que ponto tem medo de não poder controlar a sua morte?)
ITEM 9	(Tem medo de morrer?)
ITEM 10	(Receia sofrer antes de morrer?)

Solidão
Escala UCLA - Daniel Russel

	4	3	2	1
1-Sente infeliz por fazer muitas coisas sozinho				
2-Sente que não tem alguém com quem falar				
3-Sente que tem falta de companhia				
4-Sente-se como se realmente ninguém o compreendesse				
5-Sente que não tem ninguém a quem possa recorrer				
6-Não se sente íntimo de qualquer pessoa				
7-Sente que os que o rodeiam já não compartilham dos seus interesses				
8-Sente-se abandonado				
9-Sente-se completamente só				
10-É incapaz de estabelecer contactos e comunicar com os que o rodeiam				
11-As suas relações sociais são superficiais				
12-Considera que na realidade ninguém o conhece bem				
13-Sente-se isolado das outras pessoas				
14-Sente-se infeliz de estar tão afastado dos outros				
15-É-lhe difícil fazer amigos				
16-Sente-se posto à margem e excluído das outras pessoas				
Total				
Frequentemente - 4pts Algumas vezes - 3pts Raramente - 2pts Nunca - 1pt Um total > 32 pontos é indicativo de sentimentos negativos de solidão.				

Fragilidade

Escala FRAIL

Quanto tempo se sentiu cansado nas últimas 4 semanas? (Respostas de "1" ou "2" são pontuados como 1 e todas as outras como 0.)

1= O tempo todo

2 = A maior parte do tempo

3 = Durante alguma parte do tempo

4 = Pouco tempo

5 = Nunca

Sozinho (a) e sem apoios, tem alguma dificuldade em subir 10 degraus sem descansar? 1=Sim
0=Não

Sozinho (a) e sem apoios, tem alguma dificuldade em caminhar várias centenas de metros?
1=Sim 0=Não

Qual é o seu peso com roupa, mas sem sapatos? [peso atual] _____

Há um ano, em (mês, ano), quanto pesava sem sapatos e com as roupas vestidas? [peso há 1 ano] _____

Porcentagem de variação de peso é calculada como: $[(\text{peso há 1 ano} - \text{peso atual}) / \text{peso há 1 ano}] * 100$.

Perda de peso $\geq 5\% = 1$

Perda de peso $< 5\% = 0$

Para 11 doenças, os participantes são questionados: "Algum médico alguma vez lhe disse que tem [doença]?"

As doenças são:

hipertensão 1=Sim 0=Não

diabetes 1=Sim 0=Não

cancro (exceto cancro da pele não-melanoma) 1=Sim 0=Não

doença pulmonar crónica 1=Sim 0=Não

enfarte 1=Sim 0=Não

insuficiência cardíaca congestiva 1=Sim
0=Não

angina 1=Sim 0=Não

asma 1=Sim 0=Não

artrite 1=Sim 0=Não

AVC 1=Sim 0=Não

doença renal 1=Sim 0=Não

O número total de doenças (0-11) é recodificado como 0 - 4 = 0 e 5 - 11 = 1

Score Total: _____/5

0: Sem fragilidade

1 a 2: Risco de Pré-Fragilidade

3 a 5: Risco de Fragilidade

Sarcopenia

Questionário SARC-F

Qual é a dificuldade que tem em levantar e carregar 4,5 kg?

Nenhuma = 0

Alguma = 1

Muita ou incapaz = 2

Qual é a dificuldade que tem em caminhar ao longo de uma sala?

Nenhuma = 0

Alguma = 1

Muita, usa apoios ou incapaz = 2

Qual é a dificuldade que tem em transferir-se de uma cadeira ou de uma cama?

Nenhuma = 0

Alguma = 1

Muita ou incapaz sem ajuda = 2

Qual é a dificuldade que tem em subir um lance de 10 escadas?

Nenhuma = 0

Alguma = 1

Muita ou incapaz = 2

Quantas vezes caiu no último ano?

Nenhuma = 0

1 - 3 quedas = 1

4 ou mais quedas = 2

RESULTADO:

Pontuação: 0 a 10 pontos.

Pontuações \geq a 4 são sugestivas de sarcopenia e complicações adversas.

Sono

Índice de qualidade de sono de Pittsburgh

1) Durante o mês passado, a que horas se deitou à noite na maioria das vezes? Horário de deitar: _____h_____min

2) Durante o mês passado, quanto tempo (em minutos) demorou para adormecer na maioria das vezes? Minutos demorou a adormecer:

() < ou = 15 minutos () 16 a 30 minutos () 31 a 60 minutos () >60 minutos

3) Durante o mês passado, a que horas acordou (levantou) de manhã na maioria das vezes? Horário de acordar: _____h_____min

4) Durante o mês passado, quantas horas de sono por noite dormiu? (pode ser diferente do número de horas que ficou na cama). Horas de noite de sono: _____h_____min

Para cada uma das questões seguintes, escolha uma única resposta, a que lhe pareça mais correta. Por favor, responda a todas as questões.

5) Durante o mês passado, quantas vezes teve problemas para dormir por causa de:

a) Demorar mais de 30 minutos para adormecer:

() Nunca () Menos de 1x/semana () 1 ou 2x/semana () 3x/semana ou mais

b) Acordar ao meio da noite ou de manhã muito cedo:

() Nunca () Menos de 1x/semana () 1 ou 2x/semana () 3x/semana ou mais

c) Levantar-se para ir à casa de banho:

() Nunca () Menos de 1x/semana () 1 ou 2x/semana () 3x/semana ou mais

d) Ter dificuldade para respirar:

() Nunca () Menos de 1x/semana () 1 ou 2x/semana () 3x/semana ou mais

e) Tossir ou ressonar alto:

() Nunca () Menos de 1x/semana () 1 ou 2x/semana () 3x/semana ou mais

f) Sentir muito frio:

Nunca Menos de 1x/semana 1 ou 2x/semana 3x/semana ou mais

g) Sentir muito calor:

Nunca Menos de 1x/semana 1 ou 2x/semana 3x/semana ou mais

h) Ter sonhos maus ou pesadelos:

Nunca Menos de 1x/semana 1 ou 2x/semana 3x/semana ou mais

i) Sentir dores:

Nunca Menos de 1x/semana 1 ou 2x/semana 3x/semana ou mais

j) Outra razão, por favor, descreva: _____

Quantas vezes teve problemas para dormir por esta razão, durante o mês passado?

Nunca Menos de 1x/semana 1 ou 2x/semana 3x/semana ou mais

6) Durante o mês passado, como classificaria a qualidade do seu sono?

Muito boa Boa Má Muito Má

7) Durante o mês passado, tomou algum medicamento para dormir receitado pelo médico, ou indicado por outra pessoa (farmacêutico, amigo, familiar), ou mesmo por sua iniciativa?

Nunca Menos de 1x/semana 1 ou 2x/semana 3x/semana ou mais

8) Durante o mês passado, teve problemas em ficar acordado durante as refeições, ou enquanto conduzia, ou enquanto participava nalguma atividade social?

Nunca Menos de 1x/semana 1 ou 2x/semana 3x/semana ou mais

9) Durante o mês passado, sentiu pouca vontade ou falta de entusiasmo para realizar as suas atividades diárias?

Nunca Menos de 1x/semana 1 ou 2x/semana 3x/semana ou mais

VI. Exame Neurológico Sumário

Força:

- Membro Inferior (Vasto-extensão): _____
- Membro Superior: **Hand Grip** (com recurso a dinamómetro) _____ N
- Provas de Barré (Membros Superiores) Positiva ___ Negativa ___

Escala MRC

- 0: contração muscular não visível
- 1: contração muscular visível com ou sem indício de movimento
- 2: movimentos dos membros, mas não em relação à gravidade
- 3: movimento do membro contra a gravidade, mas sem resistência
- 4: movimento do membro em relação a pelo menos alguma resistência imposta pelo examinador
- 5: força normal

Sensibilidade:

- Álgica (com recurso a um clip; à extremidade distal dos 4 membros)
Presente ___ Ausente ___

Deglutição:

- Autopercepção: _____
- Utente consegue beber copo de água: Sim ___ Não ___

Órgãos dos Sentidos:

- Paladar [Autopercepção] _____

Romberg

Positivo ___ Negativo ___ Duvidoso ___
Perda do equilíbrio ao juntar os pés ___
Perda do equilíbrio ao fechar os olhos ___

Reflexos Posturais: Mantidos ___ Diminuídos ___

Visão (Prova de contagem dos dedos): Visão a 1 metro ___ Visão a 3 metros ___

Audição (Voz ciciada): Audição a 33 cm - Ouve ___ Não ouve ___

VII. Exame Clínico Sumário

Pressão Arterial: _____

Pulsos Periféricos (Radial e Maleolar): Presentes ____ Ausentes ____

Grau de desidratação (Sinal da prega cutânea e observação das mucosas): _____

Glicémia capilar em jejum _____

Saturação de Oxigênio _____

Auscultação cardíaca: Rítmico__ Arrítmico__ Com sopro__ Sem sopro__

Auscultação pulmonar: Normal__ Anormal__ Se anormal, porquê? Consolidação__

Ruídos Adventícios__

Estado Nutricional: Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____ Peso há 1 ano _____

Níveis séricos: Vit. A _____ Vit. D _____ Vit. B12 _____ CT _____

cHDL _____ Triglicerídeos _____ TSH _____ T4 _____ PCR _____

Insuficiência Venosa (Classificação CEAP): _____

C0 – Sem sinais de doenças venosas sensíveis ou palpáveis.

C1 – Telangiectasias e/ou veias reticulares.

C2 – Veias varicosas.

C3 – Veias varicosas mais Edemas.

C4 – Hiperpigmentação ou eczema.

C5 – Úlcera curada.

C6 – Úlcera venosa ativa.

Insuficiência Arterial (índice tornozelo-braço): anormal baixo ____ limite ____ normal ____
anormal alto ____

anormal baixo: < 0.90

limite: 0.90-1.00

normal: 1.00 - 1.40

anormal alto: > 1.40

Estratificação do RCV (SCORE2-OP): _____

Cavidade Oral: __Próteses Dentárias (total/parcial); __Ausência de peças dentárias;
__Implantes

Estado da dentição: Bom __ Razoável __ Péssimo __

Perímetro abdominal _____cm

Perímetro cervical _____cm

Integridade da Pele - Presença de úlceras Sim __ Não __

Se sim, onde? _____

VIII. INQUÉRITO DE SATISFAÇÃO DO UTENTE

1. Como avalia o seu grau de satisfação geral quanto à estadia na instituição?

Insatisfeito ____; Pouco Satisfeito ____; Indiferente ____; Satisfeito ____; Muito Satisfeito ____;

2. Como avalia o seu grau de satisfação quanto às relações que tem com os funcionários e auxiliares da instituição?

Insatisfeito ____; Pouco Satisfeito ____; Indiferente ____; Satisfeito ____; Muito Satisfeito ____;

3. Como avalia o seu grau de satisfação quanto às relações que tem desenvolvido com os seus colegas?

Insatisfeito ____; Pouco Satisfeito ____; Indiferente ____; Satisfeito ____; Muito Satisfeito ____;

3.1. Considera ter amigos dentro da instituição?

Funcionários ____; Outros Utentes ____; Não ____;

4. O quão feliz se considera relativamente ao seu dia a dia e às rotinas que tem na instituição?

Muito infeliz ____; Infeliz ____; Indiferente ____; Feliz ____; Muito Feliz ____

5. Como caracteriza a sua rotina na instituição? (resposta em duas secções)

a) Nada adequada aos meus gostos e preferências ____; Tem pouco em conta os meus gostos e preferências ____; Muito adequada aos meus gostos e preferências ____;

b) Igual para todos os utentes ____; Cada utente pode decidir a sua rotina e atividades diárias ____

6.1 Em que área sente que tem menos liberdade para decidir e fazer escolhas?

Hora de acordar ____; Quando comer ____; O que comer ____; Atividades diárias ____;
Higiene Diária ____; Hora de deitar ____; Vestuário ____;
Agenda de Cabeleireiro/Barbeiro ____;

6.2 Considera que tem liberdade para fazer escolhas do dia a dia na instituição? (Utilize a escala numérica de 1 a 5, sendo 1= Discordo totalmente, 2=Discordo, 3=Não concordo, nem discordo 4=Concordo 5= Concordo totalmente)

7. Como classifica a personalização que pode fazer dos espaços que utiliza da instituição?

A instituição é responsável por toda a personalização e decoração_; Posso trazer alguma decoração para personalizar o meu quarto _; Posso decorar e personalizar o meu quarto totalmente ao meu gosto_;

8.1 Como caracteriza as atividades diárias que pode realizar na instituição?

Nada Interessantes ____; Pouco Interessantes ____; Interessantes ____; Muito Interessantes ____

8.2. Como avalia o seu grau de satisfação em relação à quantidade de atividades diferentes que pode realizar na instituição?

Nada Satisfeito ____; Pouco Satisfeito____; Indiferente____; Satisfeito____; Muito Satisfeito____;

8.3 Que tipo de atividades gosta mais de realizar na instituição? (escolha múltipla, e se existentes)

Passear ____; Atividade Física____; Jogos lúdicos __; Ler __; Escrever_; Fazer cálculos____; Conversar____; Ver televisão____; Atividades Religiosas____; Outra:____

9. Como avalia o seu grau de satisfação em relação às refeições disponibilizadas pela cantina da instituição?

Nada Satisfeito ____; Pouco Satisfeito____; Indiferente____; Satisfeito____; Muito Satisfeito____;

Porquê? Sabor____; Textura____; Quantidade____; Temperatura____; Grau de confeção____;

10. Que aspeto gosta mais em relação a esta instituição e que o deixa mais satisfeito por estar aqui?(escolha múltipla)

Relação com os funcionários ____; Relação com os colegas ____; Atividades diárias ____;
Conforto das instalações ____; Alimentação fornecida ____; Rotina ____; Outro: ____

11. Que aspeto desta instituição o deixa menos satisfeito?(escolha múltipla)

Relação com os funcionários ____; Relação com os colegas ____; Atividades diárias ____;
Conforto das instalações ____; Alimentação fornecida ____; Rotina ____; Outro: ____

12. De forma geral, considera a sua vida depois da entrada nesta instituição melhor, pior ou idêntica aos meses imediatamente anteriores à mesma entrada?

Melhor ____; Pior ____; Idêntica ____;

Para si, como seria um lar ideal?
